Vertragsgrundlagen und weitere Informationen

Private Krankenzusatzversicherung für gesetzlich Versicherte

LVM VERSICHERUNG

Inhaltsübersicht

		Seite
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht		4
Verbraucherinformation		5
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB/G) und die Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KHT)		7
Teil I	Musterbedingungen und	
Teil II	Tarifbedingungen	7
Teil III	Tarife	
	Stationäre Zusatzversicherungen	
	Tarife SG – Stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung	15
	Tarife SG (M/F) – Stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung	16
	– Besondere Bedingungen für die stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Bildung von Alterungsrückstellungen nach den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen der Serie SG und den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen der Serie SG (M/F)	17
	Tarife KHT und KHT (M/F) – Krankenhaustagegeldversicherung	18
	Tarif KHTF – Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Krankenhaustagegeldversicherung	18
	Zahn-Zusatzversicherungen	
	Tarife Dental und Dental-Plus, K-Dental und K-Dental-Plus sowie Dental (M/F) und Dental-Plus (M/F) und K-Dental (M/F) und K-Dental-Plus (M/F) – Zusatzversicherung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie	19
	Ergänzende Zusatzversicherungen	
	Tarif Natur - Zusatzversicherung für naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen	21
	Tarif Check - Zusatzversicherung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	22
	Tarif A&O - Zusatzversicherung für Brillen, refraktive Chirurgie, Hörgeräte sowie unfallbedingte Erblindung bzw. unfallbedingten Verlust des Gehörs	23
	Tarife EG-Komfort und EG-Komfort (M/F) – Zusatzversicherung für Sehhilfen, Zahnersatz und Heilpraktiker	24
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung nach den Tarifen Zahn*Premium* und Zahn*Komfort* (AVB/GZ)		25
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT)		32
Teil I	Musterbedingungen und	
Teil II	Tarifbedingungen	32
Teil III	Tarife KT und KT (M/F)	
	– Krankentagegeldversicherung für Selbstständige	40
	– für Arbeitnehmer und Selbstständige	40
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankengeld-Ergänzungsversicherung (AVB/KGE)		41
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/PTG)		46
Teil I	Musterbedingungen und	
Teil II	Tarifbedingungen	46
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Zusatztagegeldversicherung nach dem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif PZT-Komfort, den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen PZT (M/F), PZT-Komfort (M/F) und dem Tarif PZT 0 (AVB/PZT)		53
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AVB/GAW)		58
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung (AVB/KAW)		59
Anhang: Gesetzesauszüge		61
Hinweise zum Datenschutz		75
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)/ Liste der Dienstleister im Rahmen der Datenverarbeitung		77

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die **Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung** kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

[1] Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Verbraucherinformation

Die nachfolgenden Informationen erhalten Sie aufgrund der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen. Neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Sie im Anschluss vorfinden, handelt es sich um Informationen zum Versicherer, zur angebotenen Leistung, zum Vertrag und zum Rechtsweg.

Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die
LVM Krankenversicherungs-AG,
Kolde-Ring 21, 48126 Münster
mit Sitz in Münster. Registergericht:
Amtsgericht Münster, HR B 1809

Wir sind Erstversicherer im Bereich der privaten Krankenversicherung.

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn,
Telefon: 02 28/41 08-0,
Telefax: 02 28/41 08-15 50.

Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung dienen zunächst eigene Sicherheitsmittel, insbesondere das Eigenkapital der LVM Krankenversicherungs-AG. Daneben stehen erhebliche Rücklagen in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Verfügung. Schließlich besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Personen. Die LVM Krankenversicherungs-AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung, anwendbares Recht, Gesamtpreis und Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung sowie zusätzlich anfallende Kosten

Auf das Versicherungsverhältnis finden die dem Vertrag zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen ggf. einschließlich der Tarifbestimmungen und das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Daraus ergeben sich auch die Regelungen über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung. Den zu entrichtenden Gesamtbeitrag können Sie entsprechend der gewünschten Zahlungsweise Ihrem Vorschlag/Antrag entnehmen.

Erfüllt haben Sie Ihre Verpflichtung zur Beitragszahlung, wenn wir den Beitrag erhalten haben. Beim Lastschriftverfahren tritt Erfüllung ein, wenn Ihr Konto wirksam belastet ist.

Gültigkeitsdauer von Informationen

Wenn unser Vorschlag, insbesondere im Hinblick auf den Beitrag, befristet ist, können Sie dies ggf. dem Vorschlag entnehmen. Wird die Krankenversicherung mehrere Monate vor dem Versicherungsbeginn abgeschlossen, kann es zu einer Beitragsanpassung ab Versicherungsbeginn kommen.

Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist für Ihre Vertragserklärung

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag annehmen. In der Regel geschieht dies durch Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von ggf. vereinbarten Wartezeiten. Weitere Angaben zum Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes können Sie den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen entnehmen. Sie sind an Ihre Vertragserklärung sechs Wochen gebunden. Die Bindefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen, diese Belehrung, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
LVM Krankenversicherungs-AG,
Kolde-Ring 21,
48126 Münster,
E-Mail: kranken@lvm.de.

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter „https://www.lvm.de/vertrag-widerrufen" ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt errechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit der Prämie gemäß Zahlungsperiode (bei jährlicher Zahlung 1/360, bei halbjährlicher Zahlung 1/180, bei vierteljährlicher Zahlung 1/90, bei monatlicher Zahlung 1/30).

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind. Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Vertragsdauer und Kündigungsbedingungen

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre (Krankentagegeld- und Pflegezusatztagegeldversicherung ein Versicherungsjahr) abgeschlossen. Der Versicherungsbeginn ist in Ihrem Vorschlag/Antrag angegeben. Der Vertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder von uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres gekündigt wird. Ein Kündigungsrecht des Versicherers besteht nur in der Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung, und nur wenn sie nicht neben einer Krankheitskostenvollversicherung geführt werden. Das Kündigungsrecht besteht in diesen Fällen darüber hinaus nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres. Besondere Kündigungsrechte können im Einzelfall für Sie bestehen. Einzelheiten entnehmen Sie den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht

Auf Rechtsbeziehungen zwischen Ihnen und uns, insbesondere auf einen Versicherungsvertrag ist ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Regelungen bezüglich des zuständigen Gerichts können Sie Ihren Versicherungsbedingungen entnehmen.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden Ihnen in deutscher Sprache mitgeteilt. Wir werden die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages ebenfalls in deutscher Sprache mit Ihnen führen.

Wir verwenden in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint sind damit immer auch die anderen Anredeformen.

Außergerichtliche Beschwerdestelle/ Schlichtungsstelle

Die LVM Krankenversicherungs-AG ist freiwilliges Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Dieser hat als außergerichtliche Schlichtungsstelle eine Ombudsmannstelle eingerichtet. Sie können deshalb für Angelegenheiten der privaten Krankenversicherung das kostenlose Streitschlichtungsverfahren vor dem neutralen Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung von uns einmal nicht einverstanden sein sollten.

Sie können einen Schlichtungsantrag beim Ombudsmann per Post, Fax oder über den auf der Homepage des Ombudsmanns verfügbaren Schlichtungsantrag einreichen:

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22 · 10052 Berlin
Telefon: 0800 2550444 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)
Telefax: 030 20458931
www.pkv-ombudsmann.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Sie können sich außerdem bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe oben) beschweren.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB/G) und die Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KHT)

Hinweise zum Aufbau

Die oben genannten Versicherungsbedingungen bestehen aus drei Teilen:

Teil I: Musterbedingungen

Teil II: Tarifbedingungen

Teil III: Tarife

Teil I beinhaltet die Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und die Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009). Diese Musterbedingungen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herausgegeben. Die Musterbedingungen enthalten allgemeine Regelungen, insbesondere zum Versicherungsschutz, zu den Pflichten des Versicherungsnehmers und zum Ende der Versicherung.

Teil II (Tarifbedingungen) enthält unternehmensindividuelle, von den Musterbedingungen in Teil I abweichende Regelungen. Die Tarifbedingungen gehen den Musterbedingungen vor.

Zu jedem Paragraphen sind zunächst die allgemeinen Musterbedingungen (überschrieben mit „I“) abgedruckt. Ergänzende oder hiervon abweichende Regelungen sind ggf. in den unmittelbar folgenden Tarifbedingungen (überschrieben mit „II“) aufgeführt. Diese vorrangig geltenden Regelungen sind in grüner Schrift gedruckt.

In Teil III wird der tarifliche Leistungsumfang der jeweiligen Tarife beschrieben. Darüber hinaus werden teilweise abweichende Regelungen getroffen, die gegenüber Teil I und Teil II vorrangig gelten. Beispielsweise können in Teil III gesonderte Regelungen zur Versicherungsfähigkeit oder zu Wartezeiten vereinbart werden. Sofern besondere Bedingungen existieren, sind diese ebenfalls im Teil III aufgeführt.

Teil I Musterbedingungen

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 3 Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

§ 8a Beitragsberechnung

§ 8b Beitragsanpassung

§ 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Gerichtsstand

§ 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil III Tarife

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Stand: Juni 2024

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkom-

mens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II

(1) Aufnahmefähig sind gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Inland haben. Personen mit einem Wohnsitz in den unter Teil I Abs. 5 genannten Staaten sowie Personen mit Leiden oder Gebrechen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

(2) Tritt der Versicherungsfall im außereuropäischen Ausland während des versicherten Zeitraumes ein, besteht unbeschadet von § 7 Teil I auch nach Ablauf des versicherten Zeitraumes – also auch über die in § 1 Teil I Abs. 4 letzter Satz genannten weiteren zwei Monate hinaus – Anspruch auf Leistungen solange, wie die versicherte Person nach ärztlichem Urteil die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(3) Ergänzend zu Teil I Abs. 6 Satz 2 nimmt der Versicherer den Antrag spätestens zum Ersten des Monats an, der auf die Antragstellung folgt.

(4) Der Versicherungsnehmer kann beantragen, dass bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum die Begrenzung auf die Leistung, die bei einem Aufenthalt dieser versicherten Person im Inland zu erbringen wäre, abweichend von § 1 Teil I Abs. 5 ab Antragstellung entfällt. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, sofern dieser Antrag innerhalb der ersten 6 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gestellt wird. Der Versicherer kann in diesem Fall Beitragszuschläge erheben, die bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland wieder entfallen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

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

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

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

II

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 in Textform gekündigt wird. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.

(2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

(3) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß Teil I Abs. 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen. Sofern beide Elternteile beim Versicherer versichert sind, kann für das Neugeborene der umfangreichere Versicherungsschutz der beiden Elternteile gewählt werden. Abweichend von Teil I Abs. 2, letzter Satz, ist es zulässig, in der ambulanten Krankheitskostenversicherung für den Versicherungsschutz des Neugeborenen einen Tarif mit einer geringeren Selbstbeteiligung zu vereinbaren.

§ 3 Wartezeiten

I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

II

(1) Sämtliche Wartezeiten entfallen

a) in der Krankheitskostenvollversicherung nach den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen A bzw. AP, S, Z oder AB, SB, ZB, EWB, EB oder nach den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen A (M/F) bzw. AP (M/F), S (M/F), Z (M/F) oder AB (M/F), SB (M/F), ZB (M/F), EWB (M/F), EB (M/F),

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung, wenn daneben eine Krankheitskostenvollversicherung nach den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen A bzw. AP, S, Z oder AB, SB, ZB, EWB, EB oder nach den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen A (M/F) bzw. AP (M/F), S (M/F), Z (M/F) oder AB (M/F), SB (M/F), ZB (M/F), EWB (M/F), EB (M/F) besteht,

c) bei Unfällen.

(2) Gelten in einem Tarif Wartezeiten, können diese erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeit zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand auf einem Formblatt des Versicherers vorlegt. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) 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.

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

II

(1) Beitragsrückerstattung

a) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für welche Tarife eine Beitragsrückerstattung gezahlt wird und über die Art und Höhe der Verwendung entscheidet der Vorstand des Unternehmens.

b) Für die Auszahlung oder Gutschrift ist Voraussetzung, dass die versicherte Person während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahr) – bei unterjährigem Versicherungsbeginn seit diesem Zeitpunkt – nach diesem Tarif versichert war, für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nicht erhalten hat und am 30. Juni des Folgejahres nach diesem Tarif ohne Beitragsrückstand noch versichert ist. Ein Anspruch auf Auszahlung oder Gutschrift bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung endet. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres vorgenommen.

Für nach dem 20.12.2012 abgeschlossene Versicherungen gilt:

Der Vorstand des Unternehmens behält sich vor, die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift hiervon abweichend festzulegen. In diesem Fall wird er den Versicherungsnehmern die neue Regelung jeweils vor Beginn des Kalenderjahres bzw. bei unterjährigem Beginn des Vertrages bei Vertragsabschluss mitteilen.

c) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung in den technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.

(2) Ergänzend zu Teil I Abs. 2 erstreckt sich die Wahlfreiheit auch auf Ärzte und Zahnärzte, die in Medizinischen Versorgungszentren nach §§ 95 und 140a SGB V oder im Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abgerechnet wird.

Sofern der Tarif Aufwendungen für Sachleistungen (Heilmittel) vorsieht, steht der versicherten Person überdies die Wahl unter den staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsfachberufes frei. Sachleistungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

(3) Zu den in Teil I Abs. 3 genannten Apotheken, aus denen die Arzneimittel bezogen werden müssen, gehören auch Internet- und Versandapotheken, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland nach den einschlägigen Vorschriften vorliegt. Im Ausland dürfen ärztlich verordnete Arzneimittel aus einer in dem jeweiligen Land offiziell zugelassenen Abgabenstelle bezogen werden.

(4) Zu den öffentlichen Krankenhäusern nach Teil I Abs. 4 gehören auch Bundeswehrkrankenhäuser.

(5) Abweichend von Teil I Abs. 5 kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder

b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder

c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder

d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich

ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) ---

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

II

(1) Bei Aufenthalt im Ausland findet der Leistungsausschluss in Teil I Abs. 1 a) nur Anwendung, wenn die versicherte Person in ein Gebiet einreist und/oder sich dort weiterhin aufhält, für das eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gilt.

Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

(2) Der Versicherer leistet im tariflichen Rahmen auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. Teil I Abs. 1 d).

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

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

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

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

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

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

(6) 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.

II

(1) Rechnungen sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

Rechnungen müssen enthalten: den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers mit Ziffern der Gebührenordnung sowie die Behandlungsdaten.

Soweit nur Krankenhaustagegeld gewährt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen) sowie das Aufnahme- und das Entlassungsdatum enthält. Bei längerem Krankenhausaufenthalt können Zwischennachweise vorgelegt werden.

(2) Rechnungen sind möglichst gesammelt je Krankheitsfall einzureichen.

(3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto und die Kosten für Übersetzungen werden nicht abgezogen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

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

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

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

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zah-

lung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – 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 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. 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.

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. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person 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 in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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.

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

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

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

II

(1) Der Versicherungsnehmer erhält bei nichtmonatlicher Zahlungsweise (vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) einen Beitragsnachlass (Skonto), der im Antrag genannt wird. Änderungen in der Höhe des Skontos werden bei Beitragsanpassungen im Voraus mitgeteilt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat die Kosten eines von ihm zu vertretenden Rückläufers im Lastschriftverfahren zu erstatten.

(3) Mahnkosten werden in nachgewiesener Höhe berechnet.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird bis zum Versicherungsbeginn gestundet.

§ 8a Beitragsberechnung

I

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

II

(1) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich bei Vertragsbeginn nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Sofern nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen keine Alterungsrückstellung zu bilden ist, richtet sich die Höhe des Tarifbeitrags nach dem Geschlecht und der von der versicherten Person erreichten Lebensaltersgruppe; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Die Einstufung in eine tarifliche Lebensaltersgruppe erfolgt nach dem jeweiligen aktuellen Alter der versicherten Person. Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die nächsthöhere tarifliche Lebensaltersgruppe erreicht, ist der für diese Gruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(2) Für Kinder und Jugendliche ist nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

§ 8b Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Betragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der

auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II

(1) Die in Teil I Abs. 1 genannten Gegenüberstellungen für die erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten werden sowohl getrennt als auch gemeinsam vorgenommen. Der in Teil I Abs. 1 Satz 3 genannte Vomhundertsatz für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten beträgt 5, für die Gegenüberstellungen mit Berücksichtigung der Versicherungsleistungen 10. Ergibt eine Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5%, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

(2) Sofern nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen keine Alterungsrückstellung bei der Berechnung der Beiträge zu bilden ist, d.h. dass der Tarif nicht nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist, wird die Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung KVAV) in ihrer jeweils gültigen Fassung entsprechend angewandt. In diesem Fall können unter den Voraussetzungen des Teil I Abs. 1 auch die Grenzalter der Lebensaltersgruppen geändert werden, wenn das Verhältnis, in dem die für die Lebensaltersgruppen erforderlichen Leistungen zueinander stehen, von dem kalkulierten Verhältnis um mehr als 5% abweicht.

§ 9 Obliegenheiten

I

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

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

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung (Teil I Abs. 1) wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – 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.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge

aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

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

II

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei einer Kündigung aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht eine Umwandlung der Krankheitskosten-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung für gesetzlich krankenversicherte Personen zu beantragen. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

Soweit der Leistungsumfang der Zusatzversicherung – auch in Teilbereichen – nicht höher oder umfassender als der der zuvor bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung ist, wird die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten vorgenommen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II

(1) Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung nach Teil I Abs. 2 auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die Bestimmung Teil I Abs. 2 gilt auch für Mehrleistungen infolge einer Vertragsänderung.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

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

II

(1) Das Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist das Inland.

(2) Versicherte Personen haben mit Zustimmung des Versicherungsnehmers das Recht, das ungekündigte Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil bzw. ein rechtskräftiges Urteil zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vor, so genügt die Erklärung des Ehegatten bzw. Lebenspartners, der die Fortführung seines Vertragsteils als selbstständige Versicherung wünscht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsneh-

mers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

I

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

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

I

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

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.

Teil III der AVB/G für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife SG

Stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung

(1) Erstattet werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, für ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), im tariflichen Umfang.

Hierzu gehören

a) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im

Tarif SG 1: Ein- oder Zweibettzimmer

Tarif SG 2: Zweibettzimmer
(Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für die Wahlleistungen im Zweibettzimmer erstattet.)

einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung.

In Krankenhäusern, die nicht nach der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Aufwendungen für ein Ein- oder Zweibettzimmer (Tarif SG 1) bzw. Zweibettzimmer (Tarif SG 2) einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung sowie die zusätzlichen Kosten für privatärztliche Leistungen (Sonderklasse).

Zu den Wahlleistungen gehören auch

- im Krankenhaus privatärztlich durchgeführte und im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt stehende ambulante vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V (siehe Anhang) sowie
- die gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung für die Mitaufnahme einer Begleitperson bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

b) Nicht gedeckte Allgemeine Krankenhausleistungen

Hat die versicherte Person im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), so werden zusätzlich die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen – mit Ausnahme der bei der GKV bestehenden Selbstbehalte – zu 100 % erstattet.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die auf der Grundlage der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung (BPflV) und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechneten Leistungen (DRG-Fallpauschalen oder Pflegesätze) sowie die gesondert berechneten Leistungen eines Belegarztes, einer freiberuflich tätigen Hebamme oder eines freiberuflich tätigen Entbindungspflegers.

Sofern Krankenhäuser nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z. B. Privatkliniken), finden die vorstehenden Ausführungen ebenfalls Anwendung.

In Krankenhäusern, die nicht nach der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer (allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie für Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers. Nebenkosten sind die Sachkosten für Strahlentherapie, für die Anwendung von Spezialapparaten wie Herz-Lungen-Maschine, Beatmungsgeräte, Herzschrittmacher und künstliche Niere, für besondere Untersuchungen, für Blut und Blutbestandteile, Arzneien und Verbandmaterial sowie für die Benutzung des Operationssaals.

Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus sowie die medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus.

c) Entbindung und Schwangerschaft
Für Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim, für Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft und künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei medizinischer Indikation werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen erbracht. Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 Teil I Abs. 2 eingeschlossen.

d) Psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen
Die Aufwendungen für psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen werden bis zur Dauer von 13 Wochen je Kalenderjahr im tariflichen Umfang erstattet.

(2) Stationsersetzende ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden die Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen einer die stationäre Behandlung ersetzenden medizinisch notwendigen ambulanten Operation sowie der damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen und Sachkosten im Krankenhaus, für ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), im tariflichen Umfang.

Von der Erstattungspflicht umfasst sind Operationen, die im nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog aufgeführt sind (stationsersetzende Operationen).

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation von einem liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen werden angerechnet.

(3) Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen bei vollstationärer Heilbehandlung

Bei Verzicht auf die Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers (Tarif SG 1) bzw. Zweibettzimmers (Tarif SG 2) **und** die privatärztliche Behandlung wird ein Krankenhaustagegeld von 80 Euro (55 Euro für Versicherte vor Vollendung des 21. Lebensjahres) gezahlt.

Bei ausschließlichem Verzicht auf die Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers (Tarif SG 1) bzw. Zweibettzimmers (Tarif SG 2) wird ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

Bei ausschließlichem Verzicht auf die privatärztliche Behandlung wird ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro (25 Euro für Versicherte vor Vollendung des 21. Lebensjahres) gezahlt.

Teil III der AVB/G für geschlechtsabhängig kalkulierte Tarife SG (M/F)

Stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung

(1) Erstattet werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, für ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), im tariflichen Umfang.

Hierzu gehören

a) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im

Tarif SG 1 (M/F): Ein- oder Zweibettzimmer

Tarif SG 2 (M/F): Zweibettzimmer (Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für die Wahlleistungen im Zweibettzimmer erstattet.)

einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung.

In Krankenhäusern, die nicht nach der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Aufwendungen für ein Ein- oder Zweibettzimmer (Tarif SG 1 [M/F]) bzw. Zweibettzimmer (Tarif SG 2 [M/F]) einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung sowie die zusätzlichen Kosten für privatärztliche Leistungen (Sonderklasse).

Zu den Wahlleistungen gehören auch

- im Krankenhaus privatärztlich durchgeführte und im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt stehende ambulante vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V (siehe Anhang) sowie
- die gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung für die Mitaufnahme einer Begleitperson bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

b) Nicht gedeckte Allgemeine Krankenhausleistungen

Hat die versicherte Person im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), so werden zusätzlich die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen – mit Ausnahme der bei der GKV bestehenden Selbstbehalte – zu 100 % erstattet.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die auf der Grundlage der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung (BPflV) und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechneten Leistungen (DRG-Fallpauschalen oder Pflegesätze) sowie die gesondert berechneten Leistungen eines Belegarztes, einer freiberuflich tätigen Hebamme oder eines freiberuflich tätigen Entbindungspflegers.

Sofern Krankenhäuser nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z. B. Privatkliniken), finden die vorstehenden Ausführungen ebenfalls Anwendung.

In Krankenhäusern, die nicht nach der jeweils geltenden Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer (allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie für Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers. Nebenkosten sind die Sachkosten für Strahlentherapie, für die Anwendung von Spezialapparaten wie Herz-Lungen-Maschine, Beatmungsgeräte, Herzschrittmacher und künstliche Niere, für besondere Untersuchungen, für Blut und Blutbestandteile, Arzneien und Verbandmaterial sowie für die Benutzung des Operationssaals.

Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus sowie die medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus.

c) Entbindung und Schwangerschaft
Für Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim, für Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft und künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei medizinischer Indikation werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen erbracht. Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 Teil I Abs. 2 eingeschlossen.

d) Psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen
Die Aufwendungen für psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen werden bis zur Dauer von 13 Wochen je Kalenderjahr im tariflichen Umfang erstattet.

(2) Stationsersetzende ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden die Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen einer die stationäre Behandlung ersetzenden medizinisch notwendigen ambulanten Operation sowie der damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen und Sachkosten im Krankenhaus, für ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), im tariflichen Umfang.

Von der Erstattungspflicht umfasst sind Operationen, die im nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog aufgeführt sind (stationsersetzende Operationen).

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation von einem liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen werden angerechnet.

(3) Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen bei vollstationärer Heilbehandlung

Bei Verzicht auf die Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers (Tarif SG 1 [M/F]) bzw. Zweibettzimmers (Tarif SG 2 [M/F]) **und** die privatärztliche Behandlung wird ein Krankenhaustagegeld von 80 Euro (55 Euro für Versicherte vor Vollendung des 21. Lebensjahres) gezahlt.

Bei ausschließlichem Verzicht auf die Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers (Tarif SG 1 [M/F]) bzw. Zweibettzimmers (Tarif SG 2 [M/F]) wird ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

Bei ausschließlichem Verzicht auf die privatärztliche Behandlung wird ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro (25 Euro für Versicherte vor Vollendung des 21. Lebensjahres) gezahlt.

(4) Ersatzleistung bei Entbindung

Für den Entbindungstag und die unmittelbar folgenden fünf Tage, für die weder die Erstattung stationärer Krankheitskosten noch ein Krankenhaustagegeld wegen des Verzichts auf Wahlleistungen beansprucht wird, zahlt der Versicherer ein Tagegeld von 32 Euro.

Besondere Bedingungen für die stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Bildung von Alterungsrückstellungen nach den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen der Serie SG und den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen der Serie SG (M/F)

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Es gelten die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung für die Tarife der Serie SG bzw. SG (M/F) (AVB/G mit den Teilen I, II und III), soweit sie nicht durch diese besonderen Bedingungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Beitrag ohne Bildung von Alterungsrückstellungen

Für die stationäre Krankheitskosten-Zusatzversicherung nach diesen besonderen Bedingungen ist der Beitrag nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Solange diese besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung um ein „R" ergänzt (z. B. SGR 1 statt SG 1); eine Alterungsrückstellung wird während dieser Zeit nicht gebildet (siehe auch § 8a Teil II Abs. 1 AVB/G).

§ 3 Personenkreis

(1) Damit der Versicherungsschutz auch im Alter bezahlbar bleibt, kann nicht dauerhaft auf die Bildung einer Alterungsrückstellung verzichtet werden. Die besonderen Bedingungen können daher nur für Personen vor Vollendung des 51. Lebensjahres vereinbart werden.

(2) Die Beiträge für Personen vor Vollendung des 21. Lebensjahres enthalten keine Sparanteile zur Bildung einer Alterungsrückstellung. Gleichwohl können diese besonderen Bedingungen bereits für Personen vor Vollendung des 21. Lebensjahres vereinbart werden. Die Regelungen in § 4 und § 5 gelten dann erst ab Beginn des Monats nach Vollendung des 21. Lebensjahres.

§ 4 Beginn und Ende

(1) Die besonderen Bedingungen gelten ab dem vereinbarten Zeitpunkt zunächst für 12 Monate. Sie gelten automatisch jeweils für weitere 12 Monate, es sei denn der Versicherungsnehmer lehnt zuvor die Fortsetzung ab. Die Vereinbarung der besonderen Bedingungen endet für eine versicherte Person in jedem Fall spätestens zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 51. Lebensjahr vollendet.

(2) Endet die Vereinbarung der besonderen Bedingungen, ist ab dem Folgemonat der dann geltende Beitrag mit Bildung von Alterungsrückstellung für eine mit dem erreichten Alter neu eintretende Person zu zahlen, wobei eine gegebenenfalls vorhandene Alterungsrückstellung aus der Vorversicherungszeit vor dem vereinbarten Beginn der besonderen Bedingungen nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

§ 5 Anpassung des Beitrags nach § 2

(1) Für die Gegenüberstellungen nach § 8b AVB/G werden die Teilbestände mit und ohne Bildung von Alterungsrückstellungen zusammengefasst.

(2) Endet die Vereinbarung der besonderen Bedingungen nach fünf Jahren noch nicht, so ist für die versicherte Person vom Beginn des Folgemonats an der Beitrag ohne Bildung von Alterungsrückstellung nach den dann für Neuzugänge geltenden Bedingungen zu zahlen. Dies gilt entsprechend, wenn die Vereinbarung der besonderen Bedingungen nach Ablauf von jeweils weiteren fünf Jahren noch besteht.

Teil III der AVB/KHT für geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif KHT

Krankenhaustagegeld-versicherung

(1) Vollstationäre Behandlung

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Für psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen besteht ein Leistungsanspruch bis zur Dauer von 13 Wochen je Kalenderjahr.

(2) Entbindung und Schwangerschaft

Für Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim, für Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft und künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei medizinischer Indikation wird das Krankenhaustagegeld entsprechend Abs. 1 Satz 1 gezahlt.

(3) Höhe des Krankenhaustagegeldes

Für Personen unter 21 Jahre kann unter Beachtung von § 2, Teil I, Abs. 2 ein Tagessatz bis zu 50 Euro gewählt werden; ist für die versicherte Person bei stationärem Aufenthalt eine Selbstbeteiligung von mehr als 50 Euro zu tragen, kann ein Tagessatz bis zur Höhe dieser Selbstbeteiligung vereinbart werden.

Teil III der AVB/KHT für geschlechtsabhängig kalkulierten Tarif KHT (M/F)

Krankenhaustagegeld-versicherung

(1) Vollstationäre Behandlung

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Für psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen besteht ein Leistungsanspruch bis zur Dauer von 13 Wochen je Kalenderjahr.

(2) Entbindung und Schwangerschaft

Für Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim, für Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft und künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei medizinischer Indikation wird das Krankenhaustagegeld entsprechend Abs. 1 Satz 1 gezahlt.

Für den Entbindungstag und die unmittelbar folgenden fünf Tage, für die kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld entstanden ist, zahlt der Versicherer ein Tagegeld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

(3) Höhe des Krankenhaustagegeldes

Für Personen unter 21 Jahre kann unter Beachtung von § 2, Teil I, Abs. 2 ein Tagessatz bis zu 50 Euro gewählt werden; ist für die versicherte Person bei stationärem Aufenthalt eine Selbstbeteiligung von mehr als 50 Euro zu tragen, kann ein Tagessatz bis zur Höhe dieser Selbstbeteiligung vereinbart werden.

Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Krankenhaustagegeldversicherung nach dem Tarif KHTF

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Es gelten die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung für den Tarif KHT (AVB/KHT mit den Teilen I, II und III), soweit sie nicht durch diese besonderen Bedingungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig in die beitragsfreie Krankenhaustagegeldversicherung nach dem Tarif KHTF sind Personen, bei denen nach Abs. 8 a) Teil III der AVB/V bzw. AVB/B für die Tarife Vorsorge-Plus bzw. Vorsorge-Plus (M/F) die im Tarif Vorsorge-Plus bzw. Vorsorge-Plus (M/F) gebildete Alterungsrückstellung in eine beitragsfreie Krankenhaustagegeldversicherung umgewandelt wird.

§ 3 Beitragsfreiheit

Für die Krankenhaustagegeldversicherung nach diesen besonderen Bedingungen wird kein Beitrag erhoben. Die Finanzierung erfolgt durch Umwandlung der im Tarif Vorsorge-Plus bzw. Vorsorge-Plus (M/F) gebildeten Alterungsrückstellung entsprechend den Technischen Berechnungsgrundlagen.

§ 4 Abweichende Vereinbarung bei erforderlichen Beitragsanpassungen

(1) Sofern nach § 8b Teil I und II der AVB/KHT eine Beitragsanpassung erforderlich ist, wird bei der beitragsfreien Krankenhaustagegeldversicherung der vereinbarte Tagessatz entsprechend angepasst; der Tagessatz wird dabei jeweils auf einen vollen Eurobetrag abgerundet.

(2) Eine erforderliche Erhöhung des Tagessatzes nach Abs. 1 erfolgt maximal bis zum in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstsatz.

Teil III der AVB/G für die geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarife K-Dental und K-Dental-Plus sowie Dental und Dental-Plus bzw. die geschlechtsabhängig kalkulierten Tarife K-Dental (M/F) und K-Dental-Plus (M/F) sowie Dental (M/F) und Dental-Plus (M/F)

Ergänzungstarife für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Abweichende bzw. ergänzende Vereinbarungen

(1.1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder dort familienversichert ist. Das Versicherungsverhältnis endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung entfällt. Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Versicherungsfähigkeit bis zum Ende des Folgemonats in Textform mitzuteilen.

(1.2) Beitragsberechnung und Umstufung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

Die Neufestlegung der Beiträge nach § 8a Teil II Abs. 2 mit Vollendung des 16. bzw. 21. Lebensjahres entfällt.

Für die Versicherung nach den Tarifen K-Dental bzw. K-Dental (M/F) und K-Dental-Plus bzw. K-Dental-Plus (M/F) gilt zusätzlich:

Mit Ablauf des Monats, in dem eine versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, wird die Versicherung nach Tarif K-Dental/K-Dental (M/F) (bzw. K-Dental-Plus/K-Dental-Plus (M/F)) in eine Versicherung nach Tarif Dental/Dental (M/F) (bzw. Dental-Plus/Dental-Plus (M/F)) umgestuft. Die Umstufung erfolgt unter Anerkennung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Umstufung wird auch bei laufenden Versicherungsfällen vorgenommen.

Die Umstufung, der geänderte Leistungsumfang und der neue Beitrag werden dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Wirksamwerden mitgeteilt.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Umstufung zu widersprechen. Die Umstufung entfällt rückwirkend, wenn der Widerspruch binnen zwei Monaten nach der Umstufung in Textform beim Versicherer eingeht. Entfällt die Umstufung, ist für diese versicherte Person der im bisherigen Tarif für das Eintrittsalter 18 vorgesehene Beitrag zu entrichten.

(1.3) Kindernachversicherung

Für die Versicherung nach den Tarifen Dental bzw. Dental (M/F) und Dental-Plus bzw. Dental-Plus (M/F) gilt zusätzlich:

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit nach § 2 Teil I Abs. 2 erfüllt, so ist es abweichend von § 2 Teil I Abs. 2 letzter Satz zulässig, für den Versicherungsschutz des Neugeborenen anstatt des Tarifs Dental/Dental (M/F) (bzw. Dental-Plus/Dental-Plus (M/F)) den Tarif K-Dental/K-Dental (M/F) (bzw. K-Dental-Plus/K-Dental (M/F)) zu vereinbaren.

(1.4) Wartezeiten

Für die Versicherung nach den Tarifen Dental bzw. Dental (M/F) und Dental-Plus bzw. Dental-Plus (M/F) gilt zusätzlich:

Ergänzend zu § 3 Teil II Abs. 2 werden die Wartezeiten erlassen, wenn der Versicherungsnehmer eine private Vorversicherung mit Leistungen für Zahnersatz nachweist. Die Vorversicherung muss bis zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns und mindestens ein Jahr bestanden haben.

(2) Versicherungsleistungen

Erstattet werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ). Besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen werden im tariflichen Umfang bis zu den in Deutschland üblichen Preisen erstattet.

(2.1) Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für:

a) prophylaktische Leistungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro pro Kalenderjahr. Als prophylaktische Leistungen gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest, Kariesrisikodiagnostik und Erstellen des Mundhygienestatus.

   Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten bei prophylaktischen Leistungen.

b) konservierende Leistungen (z. B. Wurzelbehandlungen und Füllungen). Kompositfüllungen (z. B. nach der Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschicht-Technik) und Einlagefüllungen (Inlays) aus Metall oder Keramik sind nach Abs. 2.2 erstattungsfähig.

c) zahnärztlich-operative Leistungen (z. B. Extraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Ausmeißelung verlagerter Zähne).

d) Behandlung bei Erkrankung des Parodontiums und der Mundschleimhaut.

e) Aufbissbehelfe mit und ohne adjustierte Oberfläche einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen (Gnathologie).

f) Anästhesieleistungen bei Behandlungen nach b) bis d).

g) den Heil- und Kostenplan des Zahnarztes.

Werden für Behandlungen nach b) bis f) zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen für diese Behandlungen zu 50 % erstattungsfähig. Diese Regelung gilt auch für Behandlungen durch Zahnärzte oder Ärzte ohne Kassenzulassung sowie für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden unter Berücksichtigung der Begrenzungen nach Abs. 2.4 und 2.5 erstattet zu: **100 %**.

(2.2) Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

a) Kronen, Teilkronen (Onlays), Brücken und Prothesen, einschließlich Keramikverblendungen,

b) Implantate und implantatgetragene Versorgung, einschließlich knochenaufbauende Maßnahmen,

c) Einlagefüllungen (Inlays) aus Metall oder Keramik und Kompositfüllungen (z. B. nach der Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschicht-Technik),

d) zahntechnische Laborleistungen, die bei diesen Leistungen anfallen, einschließlich Materialien,

e) diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung erforderlich sind, einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen (Gnathologie),

f) Anästhesieleistungen, die unmittelbar zur Versorgung erforderlich sind,

g) den Heil- und Kostenplan des Zahnarztes.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

K-Dental bzw. K-Dental (M/F)	**20 %,**
K-Dental-Plus bzw. K-Dental-Plus (M/F)	**35 %,**
Dental bzw. Dental (M/F)	**40 %,**
Dental-Plus bzw. Dental-Plus (M/F)	**70 %.**

(2.3) Kieferorthopädie (nur Tarife K-Dental bzw. K-Dental (M/F) und K-Dental-Plus bzw. K-Dental-Plus (M/F))

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

a) Kieferorthopädische Behandlungen. Hierzu gehören auch die Aufwendungen für sogenannte Mehrkostenvereinbarungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.

b) Vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, Fluoridierung und Versiegelung, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung stehen.

c) Zahntechnische Laborleistungen, die bei diesen Leistungen anfallen, einschließlich Materialien.

d) Den kieferorthopädischen Behandlungs- und Kostenplan.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden erstattet zu: **80 %**.

Der Erstattungsbetrag ist für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt auf **1.200 Euro**.

(2.4) Anrechnung weiterer Leistungen

Sofern für die versicherte Person neben den tariflichen Leistungen weitere Ansprüche auf Leistungen der GKV oder anderer Dritter bestehen, werden die tariflichen Erstattungsleistungen dahingehend begrenzt, dass die Leistungsansprüche insgesamt 100 % des Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

Als Rechnungsbetrag gilt hierbei die Summe der Rechnungspositionen für die erstattungsfähigen Leistungen **vor** Abzug eventueller Ansprüche auf Leistungen der GKV und anderer Dritter. Bei Kieferorthopädie zählt zu den Ansprüchen auf Leistungen der GKV auch der Versichertenanteil nach § 29 SGB V (siehe Anhang) unabhängig davon, ob die GKV diesen nach Abschluss der Behandlung erstattet.

(2.5) Summenbegrenzungen

Der Erstattungsbetrag für Versicherungsleistungen nach 2.1 bis 2.3 ist in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

	K-Dental bzw. K-Dental (M/F)	**K-Dental-Plus bzw. K-Dental-Plus (M/F)**
im 1. Versicherungsjahr auf insgesamt	200 Euro	350 Euro
im 1. bis 2. Versicherungsjahr auf insgesamt	300 Euro	525 Euro
im 1. bis 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	600 Euro	1.050 Euro
im 1. bis 4. Versicherungsjahr auf insgesamt	1.000 Euro	1.750 Euro

	Dental bzw. Dental (M/F)	**Dental-Plus bzw. Dental-Plus (M/F)**
im 1. Versicherungsjahr auf insgesamt	400 Euro	700 Euro
im 1. bis 2. Versicherungsjahr auf insgesamt	600 Euro	1.050 Euro
im 1. bis 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	1.200 Euro	2.100 Euro
im 1. bis 4. Versicherungsjahr auf insgesamt	2.000 Euro	3.500 Euro

Aufwendungen für unfallbedingte Behandlungen werden auf die Begrenzung nicht angerechnet.

Für die Versicherung nach den Tarifen Dental bzw. Dental (M/F) und Dental-Plus bzw. Dental-Plus (M/F) gilt zusätzlich:

Diese Summenbegrenzungen entfallen, wenn der Versicherungsnehmer eine private Vorversicherung mit Leistungen für Zahnersatz nachweist. Die Vorversicherung muss bis zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns und mindestens ein Jahr bestanden haben.

(3) Auszahlung der Versicherungsleistungen

(3.1) Bei anstehenden Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen bzw. kieferorthopädischen Behandlungen kann ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes bzw. ein Behandlungs- und Kostenplan des Kieferorthopäden eingereicht werden. Der Versicherer teilt dann die Höhe der zu erstattenden Aufwendungen mit.

(3.2) Soweit für eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen gegen die GKV oder andere Dritte besteht, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, eine entsprechende Erklärung abzugeben, die auch die Höhe der Leistungen beinhaltet. Der Versicherer kann entsprechende Nachweise verlangen.

Teil III der AVB/G für den Tarif Natur

Ergänzungstarif für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Abweichende bzw. ergänzende Vereinbarungen

(1.1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder dort familienversichert ist und daneben bei der LVM Krankenversicherungs-AG eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegezusatzversicherung besteht, bei der der Versicherungsschutz nicht aufgrund einer Anwartschaftsversicherung ruht. Das Versicherungsverhältnis endet für die betreffende Person zum Ende des Tages, ab dem eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist. Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Versicherungsfähigkeit innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.

(1.2) Beitragsberechnung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

Die Neufestlegung der Beiträge nach § 8a Teil II Abs. 2 mit Vollendung des 16. bzw. 21. Lebensjahres entfällt. Stattdessen ist für versicherte Personen nach Ablauf des Monats, in dem diese das 18. Lebensjahr vollenden, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

(2) Versicherungsleistungen

(2.1) Naturheilkundliche Heilbehandlung durch Heilpraktiker[1]

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Soweit Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen durchgeführt werden, sind diese analog bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen GebüH erstattungsfähig.

Der Versicherungsschutz umfasst

- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im GebüH oder im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (z. B. osteopathische Behandlungen, Chiropraktik) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind,
- in diesem Zusammenhang in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und
- in diesem Zusammenhang verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, Schlaf- und Abführmittel, Desinfektionsmittel, Präparate zur Empfängnisverhütung, Mittel zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion sowie kosmetische Präparate oder Badezusätze.

Erstattungsfähig sind auch wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden, sofern diese in den genannten Verzeichnissen aufgeführt sind.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen und für mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **80 %** erstattet.

(2.2) Naturheilkundliche Heilbehandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für naturheilkundliche Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der Versicherungsschutz umfasst

- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (z. B. osteopathische Behandlungen, Chiropraktik) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind,
- in diesem Zusammenhang in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und
- in diesem Zusammenhang verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, Schlaf- und Abführmittel, Desinfektionsmittel, Präparate zur Empfängnisverhütung, Mittel zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion sowie kosmetische Präparate oder Badezusätze.

Erstattungsfähig sind auch wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden, sofern diese im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführt sind.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen und für mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **80 %** erstattet.

(2.3) Summenbegrenzungen

Der Erstattungsbetrag nach den Absätzen 2.1 und 2.2 ist wie folgt begrenzt:

im 1. bis 2. Versicherungsjahr auf insgesamt	400 Euro
im 1. bis 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	800 Euro
ab dem 4. Versicherungsjahr auf insgesamt	1.000 Euro
je Versicherungsjahr	

(3) Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit für eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen gegen die GKV oder einen anderen Dritten besteht, ist der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, eine entsprechende Erklärung abzugeben, der auch die Höhe der Leistungen zu entnehmen ist. Der Versicherer kann geeignete Nachweise verlangen.

---

[1] Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.

Teil III der AVB/G für den Tarif Check

Ergänzungstarif für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Abweichende bzw. ergänzende Vereinbarungen

(1.1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder dort familienversichert ist und daneben bei der LVM Krankenversicherungs-AG eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegezusatzversicherung besteht, bei der der Versicherungsschutz nicht aufgrund einer Anwartschaftsversicherung ruht. Das Versicherungsverhältnis endet für die betreffende Person zum Ende des Tages, ab dem eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist. Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Versicherungsfähigkeit innerhalb eines Monats in Textform mitzuteilen.

(1.2) Beitragsberechnung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

Die Neufestlegung der Beiträge nach § 8a Teil II Abs. 2 mit Vollendung des 16. bzw. 21. Lebensjahres entfällt. Stattdessen ist für versicherte Personen nach Ablauf des Monats, in dem diese das 18. Lebensjahr vollenden, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

(2) Versicherungsleistungen

(2.1) Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinische Vorsorgeuntersuchungen (Diagnostik) durch Ärzte, unabhängig von bestimmten Altersgrenzen und/oder zeitlichen Intervallen.

Zu den erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check sowie erweiterte Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen,
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie,
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test,
- allgemeine Vorsorgeuntersuchungen wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Nicht erstattungsfähig sind zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **100 %** erstattet.

(2.2) Schutzimpfungen

Aufwendungen für Impfberatungen und Impfungen durch Ärzte (z. B. reisemedizinische Impfungen) inklusive der Kosten für Impfstoffe werden zu **100 %** erstattet.

(2.3) Summenbegrenzung

Der Erstattungsbetrag nach Abs. 2.1 und 2.2 ist auf insgesamt 600 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.

(3) Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit für eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen gegen die GKV oder einen anderen Dritten besteht, ist der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, eine entsprechende Erklärung abzugeben, der auch die Höhe der Leistungen zu entnehmen ist. Der Versicherer kann geeignete Nachweise verlangen.

Teil III der AVB/G für den Tarif A&O

Ergänzungstarif für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Abweichende und ergänzende Vereinbarungen

(1.1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder dort familienversichert ist und daneben bei der LVM Krankenversicherungs-AG eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegezusatzversicherung besteht, bei der der Versicherungsschutz nicht aufgrund einer Anwartschaftsversicherung ruht. Das Versicherungsverhältnis endet für die betreffende Person zum Ende des Tages, ab dem eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist. Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Versicherungsfähigkeit innerhalb eines Monats in Textform mitzuteilen.

(1.2) Beitragsberechnung mit Vollendung des 18. Lebensjahres

Die Neufestlegung der Beiträge nach § 8a Teil II Abs. 2 mit Vollendung des 16. bzw. 21. Lebensjahres entfällt. Stattdessen ist für versicherte Personen nach Ablauf des Monats, in dem diese das 18. Lebensjahr vollenden, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

(2) Versicherungsleistungen

(2.1) Brillen und Kontaktlinsen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen (Sehhilfen).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **80 %** erstattet, wobei der Erstattungsbetrag innerhalb von drei aufeinander folgenden Versicherungsjahren auf insgesamt 400 Euro begrenzt ist.

Maßgeblich ist das Datum der Brillen-/Kontaktlinsenrechnung.

(2.2) Maßnahmen der refraktiven Chirurgie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungsmaßnahmen der refraktiven Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK, Implantation von Intraokularlinsen). Während der Vertragslaufzeit sind zwei Behandlungsmaßnahmen erstattungsfähig; dabei gilt die Behandlung eines Auges oder beider Augen innerhalb von 12 Monaten als eine Behandlungsmaßnahme.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **100 %** erstattet, wobei die Erstattung auf 1.000 Euro pro Behandlungsmaßnahme begrenzt ist.

Darüber hinaus ist der Erstattungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

im 1. bis 2. Versicherungsjahr auf insgesamt	400 Euro
im 1. bis 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	800 Euro

(2.3) Leistung bei Erblindung

Erleidet die versicherte Person während eines Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, einen Unfall, der zu einer vollständigen und dauerhaften Funktionsunfähigkeit beider Augen führt, wird ein Pauschalbetrag von einmalig 20.000 Euro während der Vertragslaufzeit je versicherter Person gezahlt. Der Betrag wird frühestens 6 Monate nach dem Unfall ausgezahlt. Die Funktionsunfähigkeit wird als dauerhaft angesehen, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

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

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Verlust bzw. die Funktionsunfähigkeit innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist. Der Anspruch ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend zu machen.

Kein Anspruch auf die Leistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall verstirbt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall veranlasst waren. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörung beim Führen von Kraftfahrzeugen.

(2.4) Hörgeräte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hörgeräte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **100 %** erstattet, sofern die GKV Leistungen erbringt. Die Erstattung ist auf 800 Euro je Hörgerät begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für technisches Zubehör (z. B. Fernbedienung), Batterien und Reparaturen.

(2.5) Leistung bei Verlust des Gehörs

Erleidet die versicherte Person während eines Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, einen Unfall, der zu einer vollständigen und dauerhaften Funktionsunfähigkeit des Gehörs auf beiden Ohren führt, wird ein Pauschalbetrag von einmalig 10.000 Euro während der Vertragslaufzeit je versicherter Person gezahlt. Der Betrag wird frühestens 6 Monate nach dem Unfall ausgezahlt. Die Funktionsunfähigkeit wird als dauerhaft angesehen, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gelten auch tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Trommelfellverletzungen.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Verlust bzw. die Funktionsunfähigkeit innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist. Der Anspruch ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend zu machen.

Kein Anspruch auf die Leistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall verstirbt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall veranlasst waren. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörung beim Führen von Kraftfahrzeugen.

(3) Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit für eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen gegen die GKV oder einen anderen Dritten besteht, ist der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, eine entsprechende Erklärung abzugeben, der auch die Höhe der Leistungen zu entnehmen ist. Der Versicherer kann geeignete Nachweise verlangen.

Teil III der AVB/G für den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif EG-Komfort bzw. den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarif EG-Komfort (M/F)

Ergänzungstarif für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit besteht, solange die versicherte Person Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder dort familienversichert ist. Das Versicherungsverhältnis endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, ab dem diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist. Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Versicherungsfähigkeit innerhalb eines Monats in Textform mitzuteilen.

(2) Versicherungsleistungen

(2.1) Brillen und Kontaktlinsen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit folgenden Prozentsätzen und Höchstbeträgen erstattet:

EG-Komfort bzw.
EG-Komfort (M/F) 80 %,
wobei die Erstattung insgesamt innerhalb von drei aufeinander folgenden Versicherungsjahren auf **230** Euro begrenzt ist.

Maßgeblich ist das Datum der Brillen-/Kontaktlinsenrechnung.

(2.2) Zahnersatz

Erstattungsfähig sind:

EG-Komfort bzw. EG-Komfort (M/F)
Aufwendungen für
- Kronen, Brücken und Prothesen,
- Implantate und implantatgetragene Versorgung,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Metall oder Keramik und Komposit-Füllungen nach der Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschicht-Technik,
- zahntechnische Laborleistungen, die bei diesen Leistungen anfallen, einschließlich Materialien,
- diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung erforderlich sind, einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

Die Erstattungsfähigkeit der zahnärztlichen Leistungen ist begrenzt auf die Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Implantate ist begrenzt auf
- einen Rechnungsbetrag von 1.100 Euro je Implantat. Unter diese Begrenzung fallen alle Leistungen im Zusammenhang mit der Implantation, die Implantate selbst, die Implantatteile und Instrumente; die Aufwendungen für die implantatgetragene Versorgung werden unabhängig von dieser Begrenzung erstattet.
- maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer einschließlich etwaiger bereits vorhandener Implantate.

Die Erstattungsfähigkeit der zahntechnischen Laborleistungen bestimmt sich nach den in Deutschland üblichen[1] Preisen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

EG-Komfort bzw.
EG-Komfort (M/F) 30 %.

Der Erstattungsbetrag für Zahnersatz ist in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

	EG-Komfort bzw. EG-Komfort (M/F)
im 1. Versicherungsjahr auf insgesamt	300 Euro
im 1. bis 2. Versicherungsjahr auf insgesamt	450 Euro
im 1. bis 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	900 Euro
im 1. bis 4. Versicherungsjahr auf insgesamt	1.500 Euro

Aufwendungen für unfallbedingte Behandlungen werden auf die Begrenzung nicht angerechnet.

(2.3) Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers[2], soweit sie die Vorleistung der GKV übersteigen.

Der Versicherungsschutz umfasst
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, wobei Gebühren bis zum Höchstsatz der GebüH erstattungsfähig sind, und
- in diesem Zusammenhang verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden mit folgenden Prozentsätzen und Höchstbeträgen erstattet:

EG-Komfort bzw.
EG-Komfort (M/F) 80 %,
bis zu **680** Euro je Versicherungsjahr. In den ersten beiden Versicherungsjahren ist die Erstattung jeweils auf **340** Euro begrenzt.

(2.4) Anrechnung weiterer Leistungen

Versicherungsleistungen nach (2.1) bis (2.3) werden auf den Rechnungsbetrag abzüglich eventueller Ansprüche auf Leistungen gegen die GKV und andere Dritte begrenzt.

(3) Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit für eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen gegen die GKV oder einen anderen Dritten besteht, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, eine entsprechende Erklärung abzugeben, der auch die Höhe der Leistungen zu entnehmen ist. Der Versicherer kann entsprechende Nachweise verlangen.

---

[1] Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

[2] Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Als Heilpraktiker gelten nicht Ärzte, auch wenn diese die Zusatzbezeichnung „Arzt für Naturheilkunde und Homöopathie“ tragen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung nach den Tarifen Zahn*Premium* und Zahn*Komfort* (AVB/GZ)

Einleitung

Versicherungsfall und Leistung

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Wer kann sich versichern?

§ 3 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

§ 4 Was erstatten wir?

§ 5 Welche Leistungsbegrenzungen gibt es in den ersten 4 Versicherungsjahren?

§ 6 Besteht die Möglichkeit, Heil- und Kostenpläne vorab prüfen zu lassen?

§ 7 Wann leisten wir nicht?

§ 8 In welchen Fällen leisten wir nur eingeschränkt?

§ 9 Wie werden Vorleistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger berücksichtigt?

§ 10 Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

§ 11 Wie gehen wir mit ausländischen Rechnungen um?

§ 12 Wann und an wen leisten wir?

Vertrag und Beitrag

§ 13 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

§ 14 Gibt es eine Wartezeit? Wann fängt sie an und wie lange dauert sie?

§ 15 Für wie lange wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

§16 Wann enden Vertrag und Versicherungsschutz?

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

§ 18 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen oder davon zurücktreten?

§ 19 Wann können Versicherte den Vertrag fortsetzen?

§ 20 Wie berechnen wir Ihren Beitrag?

§ 21 Wann müssen Sie die Beiträge zahlen?

§ 22 Wann können wir die Beiträge anpassen?

§ 23 Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Weitere Regelungen

§ 24 In welcher Form müssen Sie Mitteilungen an uns richten?

§ 25 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

§ 26 Was ist zu beachten, wenn Versicherte Ansprüche gegenüber Dritten haben?

§ 27 Welche Pflichten müssen Sie und der Versicherte noch beachten?

§ 28 Was geschieht bei Verletzung einer dieser Pflichten?

§ 29 Welche Gerichte sind für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis zuständig?

Fachwörterverzeichnis

Einleitung

Wir, die LVM Krankenversicherungs-AG mit Sitz in Münster, sind Ihr Versicherer. Sie sind unser Vertragspartner, der so genannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Haben Sie andere Personen versichert, sind diese ebenfalls Versicherte. Wir verwenden in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint sind damit immer auch die anderen Anredeformen. Die mit „»" markierten Wörter werden im anschließenden Fachwörterverzeichnis erläutert.

Diese Versicherungsbedingungen mit Anhang beschreiben den Versicherungsschutz der Zahnzusatzversicherung nach den Tarifen Zahn*Komfort* und Zahn*Premium*. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem »Versicherungsschein, den späteren in Textform verfassten Vereinbarungen, den Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Um die Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, haben wir jeweils Fragen vorangestellt, die beantwortet werden. Darüber hinaus werden Sie direkt angesprochen.

Versicherungsfall und Leistung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Gegenstand des Versicherungsschutzes

Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten, »Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen. Im Versicherungsfall ersetzen wir die Aufwendungen für zahnärztliche oder kieferorthopädische ambulante »Heilbehandlungen und zahnprophylaktische Leistungen. In welcher Höhe wir Ihnen Aufwendungen im Versicherungsfall erstatten, lesen Sie bitte unter § 4.

(2) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die »medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische »Heilbehandlung eines Versicherten, die ambulant durchgeführt wird.

Zahnprophylaktische Leistungen gelten unabhängig von einer »medizinischen Notwendigkeit als Versicherungsfall.

Der Versicherungsfall beginnt mit der »Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Ein neuer Versicherungsfall entsteht, wenn

- die »Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder »Unfallfolge ausgedehnt werden muss und
- die Krankheit oder »Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

§ 2 Wer kann sich versichern?

»Versicherungsfähigkeit besteht, solange der Versicherte

- seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland hat und
- bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert ist.

Mit dem Ende der Versicherungsfähigkeit endet auch der Vertragsteil für den jeweiligen Versicherten. Gegebenenfalls liegen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nur vorübergehend nicht vor. Dann können Sie den jeweiligen Vertragsteil als »Anwartschaftsversicherung fortführen.

§ 3 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

(1) Bei »vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU) oder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) besteht Versicherungsschutz. Voraussetzung ist, dass der Versicherte weiterhin »versicherungsfähig ist (siehe § 2). Beides gilt entsprechend, wenn ein Versicherter seinen »gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU oder des EWR verlegt. Wir sind jedoch in jedem Fall höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die wir bei einer »Heilbehandlung in Deutschland erbringen müssten.

(2) Gegebenenfalls leistet die GKV für »Behandlungen nicht, weil sie im Ausland erfolgen. In diesem Fall erstatten wir nur 50 Prozent der für eine »Heilbehandlung in Deutschland erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe § 8 Abs. 5).

(3) Bei »vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU oder des EWR besteht kein Versicherungsschutz. Verlegt

ein Versicherter seinen »gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR, endet sein Vertragsteil.

(4) Bei einem »vorübergehenden Aufenthalt oder bei einer Verlegung des »gewöhnlichen Aufenthalts in Staaten außerhalb der EU oder des EWR können Sie diesen Vertragsteil als »Anwartschaftsversicherung fortführen.

§ 4 Was erstatten wir?

(1) Allgemeine Erstattungsgrundsätze

Wir erstatten Aufwendungen im tariflichen Umfang für »medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische »Heilbehandlungen, die »ambulant durchgeführt werden. Dabei erstatten wir maximal bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen amtlichen deutschen »Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Besonders berechnete und »medizinisch notwendige zahntechnische Laborleistungen einschließlich Materialien erstatten wir im tariflichen Umfang bis zur Höhe der in Deutschland üblichen Preise (auch unter Berücksichtigung des Kreises der gesetzlich Krankenversicherten).

Der tarifliche Umfang wird im Folgenden beschrieben.

(2) Zahnprophylaktische Leistungen

Wir erstatten Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger wie folgt:

- **Zahn*Komfort* 100 %**
- **Zahn*Premium* 100 %**

Die Erstattung ist pro Versicherungsjahr begrenzt auf:

- **Zahn*Komfort* max. 100 Euro**
- **Zahn*Premium* max. 200 Euro**

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für:

- Professionelle Zahnreinigung
- »Fissurenversiegelung
- »Fluoridierung
- Speicheltest
- Kariesrisikodiagnostik
- Erstellen des Mundhygienestatus

(3) Zahnbehandlungen

Wir erstatten Aufwendungen für Zahnbehandlung zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV und/oder eines sonstigen Kostenträgers wie folgt:

- **Zahn*Komfort* 80 %**
- **Zahn*Premium* 100 %**

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für:

a) Konservierende Leistungen (z. B. Wurzelbehandlungen, Füllungen). Dazu zählen auch Kompositfüllungen (z. B. nach der Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschicht-Technik)

b) Zahnärztlich-operative Leistungen (z. B. Extraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Ausmeißelung verlagerter Zähne) einschließlich knochenaufbauender Maßnahmen

c) »Behandlung bei Parodontose und Erkrankung der Mundschleimhaut einschließlich knochenaufbauender Maßnahmen

d) »Aufbissbehelfe mit und ohne adjustierter Oberfläche einschließlich funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie)

e) Zahntechnische Laborleistungen, die bei den Leistungen a) bis d) anfallen, einschließlich Materialien

f) Die Erstellung eines zahnärztlichen Heil- und Kostenplans

(4) Zahnersatz

Wir erstatten Aufwendungen für Zahnersatz zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV und/oder eines sonstigen Kostenträgers wie folgt:

- **Zahn*Komfort* 80 %**
- **Zahn*Premium* 100 %**

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für:

a) Kronen, Teilkronen (Onlays), Brücken, Prothesen inkl. Reparatur sowie Keramikverblendungen

b) Implantate und implantatgetragene Versorgung, einschließlich knochenaufbauende Maßnahmen

c) Einlagefüllungen (Inlays) aus Metall oder Keramik

d) Diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung erforderlich sind, einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen (Gnathologie)

e) Zahntechnische Laborleistungen, die bei den Leistungen a) bis d) anfallen, einschließlich Materialien

f) Die Erstellung eines zahnärztlichen Heil- und Kostenplans

(5) Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen

Sofern die GKV Vorleistungen erbringt, erstatten wir die aus der »Mehrkostenvereinbarung resultierenden Aufwendungen wie folgt:

- **Zahn*Komfort* 80 %**
- **Zahn*Premium* 100 %**

Sofern die GKV keine Vorleistungen erbringt, erstatten wir 80 Prozent (Zahn*Komfort*) bzw. 100 Prozent (Zahn*Premium*) der Aufwendungen zusammen mit Vorleistungen von anderen Kostenträgern.

Voraussetzung ist jeweils, dass die kieferorthopädische »Behandlung **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** begonnen wurde. Die Erstattung ist für die gesamte kieferorthopädische »Behandlung begrenzt auf:

- **Zahn*Komfort* max. 1.000 Euro**
- **Zahn*Premium* max. 2.000 Euro**

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für:

a) Kieferorthopädische »Behandlungen

b) Vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, »Fluoridierung und »Glattflächen- oder Bracketumfeldversiegelung, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen »Behandlung stehen

c) Zahntechnische Laborleistungen, die bei den Leistungen nach a) und b) anfallen, einschließlich Materialien

d) Die Erstellung eines kieferorthopädischen Behandlungs- und Kostenplans

(6) Kieferorthopädie bei Erwachsenen

Sofern die GKV Vorleistungen erbringt, erstatten wir die aus der »Mehrkostenvereinbarung resultierenden Aufwendungen wie folgt:

- **Zahn*Komfort* keine Erstattung**
- **Zahn*Premium* 100 %**

Sofern die GKV keine Vorleistungen erbringt, erstatten wir aus dem Tarif Zahn*Premium* 100 Prozent der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen zusammen mit Vorleistungen von anderen Kostenträgern. Aus dem Tarif Zahn*Komfort* erfolgt keine Erstattung.

Die Erstattung für sämtliche kieferorthopädische »Behandlungen, die Sie **nach dem vollendeten 18. Lebensjahr** beginnen, ist begrenzt auf:

- **Zahn*Komfort* keine Erstattung**
- **Zahn*Premium* max. 2.000 Euro**

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für:

a) Kieferorthopädische »Behandlungen

b) Vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, Röntgenaufnahmen und Strahlendiagnostik, »Fluoridierung und »Glattflächen- oder Bracketumfeldversiegelung, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der kieferorthopädischen »Behandlung stehen

c) Zahntechnische Laborleistungen, die bei den Leistungen nach a) und b) anfallen, einschließlich Materialien

d) Die Erstellung eines kieferorthopädischen Behandlungs- und Kostenplans

(7) »Anästhesieleistungen und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir erstatten Aufwendungen für »Anästhesieleistungen und die unten genannten besonderen Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bei

- Zahnbehandlungen nach Abs. 3 a) bis c) und
- Zahnersatz nach Abs. 4 a) bis c).

Zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV und/oder eines sonstigen Kostenträgers erstatten wir wie folgt:

- **Zahn*Komfort* 80 %**
- **Zahn*Premium* 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für folgende besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung:

- Vollnarkose
- »Lachgas-Sedierung
- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Hypnose
- Akupunktur

§ 5 Welche Leistungsbegrenzungen gibt es in den ersten 4 Versicherungsjahren?

(1) Der Erstattungsbetrag für sämtliche Versicherungsleistungen ist für jeden Versicherten in den ersten 4 Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

	Zahn- *Komfort*	**Zahn-** *Premium*
im 1. Versicherungsjahr auf insgesamt	800 Euro	1.000 Euro
im 1. bis 2. Versicherungsjahr auf insgesamt	1.200 Euro	1.500 Euro
im 1. bis 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	2.400 Euro	3.000 Euro
im 1. bis 4. Versicherungsjahr auf insgesamt	4.000 Euro	5.000 Euro

(2) Aufwendungen für »unfallbedingte Behandlungen rechnen wir auf diese Leistungsbegrenzungen nicht an.

(3) Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Versicherungsjahr ist das jeweilige »Behandlungsdatum.

(4) Wir können auf die oben genannten Leistungsbegrenzungen verzichten, wenn ein Versicherter

- bis zum Versicherungsbeginn dieses Versicherungsvertrags
- für die im Angebot bzw. im Antrag genannte Anzahl von Jahren

ununterbrochen eine private Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz hatte. Die Vorversicherung und ihre Dauer ist entsprechend nachzuweisen.

§ 6 Besteht die Möglichkeit, Heil- und Kostenpläne vorab prüfen zu lassen?

Ja. Bei anstehenden Zahnbehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen können Sie einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes einreichen. Bei anstehenden kieferorthopädischen »Behandlungen können Sie einen Behandlungs- und Kostenplan des Kieferorthopäden einreichen. Wir teilen Ihnen dann jeweils den Umfang der voraussichtlichen Erstattung mit.

§ 7 Wann leisten wir nicht?

(1) In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

a) für bereits vor Vertragsschluss begonnene, beabsichtigte oder ärztlich angeratene Behandlungen. Diese Regelung gilt entsprechend bei Vertragsänderungen. Neu hinzukommende Versicherungsleistungen oder ein erhöhter Leistungsumfang gelten nur für nach Beginn der Vertragsänderung eingetretene Versicherungsfälle.

b) für Krankheiten und »Unfälle, die der Versicherte vorsätzlich herbeigeführt hat, sowie für deren Folgen.

c) für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen oder »Unfallfolgen. Bei Aufenthalt im Ausland findet der Leistungsausschluss nur Anwendung, wenn der Versicherte in ein Gebiet einreist und/oder sich dort weiterhin aufhält, für das eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gilt.

d) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder »Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind. Dies gilt auch bei Wehrdienstbeschädigungen durch Kriegsereignisse außerhalb Deutschlands.

e) für die »Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, in Krankenhäusern oder in medizinischen Versorgungszentren, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor dem Versicherungsfall darüber informiert haben. Ansonsten leisten wir noch für 3 Monate ab dem Zeitpunkt, an dem wir Sie benachrichtigt haben.

f) für »Behandlungen durch Ehegatten, »Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

g) für »Behandlungen außerhalb von EU- und EWR-Staaten.

(2) Darüber hinaus erstatten wir keine Aufwendungen für kosmetische Leistungen. Dazu gehören insbesondere:

- »Bleaching
- »Veneers aus ästhetischen Gründen
- »Individuelle Charakterisierung und Bemalen von Zähnen

§ 8 In welchen Fällen leisten wir nur eingeschränkt?

(1) Übersteigt eine »Heilbehandlung oder sonstige Leistung das »medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Stehen Kosten in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, legen wir bei der Erstattung einen angemessenen Betrag zugrunde.

(3) Bei einer »Behandlung im Ausland legen wir für eine Erstattung höchstens die Kosten zugrunde, die für eine vergleichbare »Behandlung in Deutschland angefallen wären.

(4) In folgenden Fällen erstatten wir **50 Prozent** der erstattungsfähigen Aufwendungen:

a) wenn Sie die Ihnen zustehenden Leistungen gegenüber der GKV und/oder einem sonstigen Kostenträger nicht in Anspruch nehmen

b) bei »Behandlungen durch Zahnärzte oder Ärzte ohne Kassenzulassung.

(5) Gegebenenfalls erbringt die GKV für »Behandlungen keine Vorleistungen, weil sie im Ausland erfolgen. In diesem Fall erstatten wir **50 Prozent** der Aufwendungen, die bei einer entsprechenden »Behandlung in Deutschland erstattungsfähig wären.

§ 9 Wie werden Vorleistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger berücksichtigt?

(1) Vorleistungen sind Leistungen, die eine GKV oder ein anderer Kostenträger für denselben Versicherungsfall erbringt. Ebenfalls als Vorleistung gilt eine für den Versicherten mit der GKV vereinbarte Selbstbeteiligung (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt). Auch ein verbleibender Eigenanteil wegen des Abbruchs einer kieferorthopädischen »Behandlung gilt als Vorleistung.

(2) Vorleistungen müssen Sie vorrangig in Anspruch nehmen. Dies gilt auch dann, wenn der Kostenträger ein anderer Versicherer ist, mit dem ebenfalls eine nachrangige Leistungspflicht vereinbart wurde. Vorleistungen begründen alleine noch keinen Anspruch auf Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag.

(3) Vorleistungen ziehen wir von dem Betrag ab, der ansonsten im tariflichen Umfang zu erstatten wäre. Was nach dem tariflichen Umfang erstattungsfähig ist, können Sie in § 4 Abs. 1 bis 7 nachlesen.

§ 10 Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

(1) Nachweise

Bitte reichen Sie uns für jede »Behandlung die folgenden Unterlagen ein:

- Die Rechnung des Zahnarztes, Arztes oder Kieferorthopäden
- Die Material- und Laborkostenrechnungen
- Den Nachweis über die Erstattung durch die GKV
- Gegebenenfalls den Nachweis über die Erstattung Dritter

(2) Rechnungen

Die Rechnungen müssen folgende Informationen enthalten:

- Den Vor- und Zunamen der behandelten Personen
- Die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen)
- Die Daten der »Behandlung
- Die Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden und die Ziffern der »Gebührenordnung

Auf Anforderung müssen Sie die Rechnung im Original vorlegen. Sie werden dann unser Eigentum.

Ergibt sich aus einer Rechnung nicht, in welcher Höhe ein anderer Kostenträger Leistungen erbracht hat, legen Sie die Rechnung bitte zunächst dort vor. Reichen Sie diese erst anschließend mit einem »Erstattungsvermerk bei uns ein.

§ 11 Wie gehen wir mit ausländischen Rechnungen um?

(1) Kosten in fremder Währung

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen

Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank.

(2) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Wir verzichten darauf, Kosten für ggf. erforderliche Übersetzungen und Überweisungskosten von den erstattungsfähigen Aufwendungen abzuziehen.

§ 12 Wann und an wen leisten wir?

(1) Wir leisten bei Fälligkeit unter den Voraussetzungen nach § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

(2) Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in »Textform mit.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden. Es gelten die gesetzlichen Abtretungsverbote.

Vertrag und Beitrag

§ 13 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im »Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des »Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und
- vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeit eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich für die Aufwendungen, die in der Zeit nach Versicherungsbeginn und nach Ablauf der Wartezeit angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(3) Für das neugeborene Kind eines Versicherten beginnt der Versicherungsschutz ohne »Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt. Dazu müssen Sie das Kind spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Am Tag der Geburt muss ein Elternteil mindestens seit 3 Monaten nach einem der Tarife Zahn*Komfort* oder Zahn*Premium* versichert sein. Unter diesen Voraussetzungen besteht auch für »Behandlungen wegen angeborener Fehlbildungen und Krankheiten Versicherungsschutz.

Wenn ein Elternteil nach Tarif Zahn*Komfort* versichert ist, können Sie für das Neugeborene auch den höherwertigen Tarif Zahn*Premium* wählen.

Diese Regeln gelten auch, wenn ein versicherter Elternteil ein minderjähriges Kind »adoptiert. Ausschlaggebend für die Fristen ist dann der Zeitpunkt der »Adoption. Wir können bei Vorliegen eines erhöhten Risikos jedoch einen entsprechenden »Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe für das »adoptierte Kind vereinbaren.

§ 14 Gibt es eine Wartezeit? Wann fängt sie an und wie lange dauert sie?

(1) Für die Tarife Zahn*Premium* und Zahn*Komfort* gilt eine Wartezeit von 8 Monaten. Sie fängt mit dem Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit entfällt für

- »Behandlungen von »Unfallfolgen und
- zahnprophylaktische Leistungen nach § 4 Abs. 2.

(3) Darüber hinaus können wir die Wartezeit für zu versichernde Personen in zwei Fällen erlassen:

a) Wenn Sie

- ärztliche Zeugnisse über den Gesundheitszustand des jeweiligen Versicherten,
- auf einem unserer Formblätter,
- auf eigene Kosten und
- innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung

vorlegen. Erhalten wir die Unterlagen nicht innerhalb der Frist, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit Wartezeit.

b) Wenn Sie nachweisen, dass der jeweilige Versicherte

- bis zum Versicherungsbeginn dieses Versicherungsvertrags
- für die im Angebot bzw. Antrag genannte Anzahl von Jahren

ununterbrochen eine private Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz hatte.

§ 15 Für wie lange wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

(1) Der Vertrag wird pro Person zunächst für 2 Versicherungsjahre abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht nach § 17 oder § 18 gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs beginnt mit dem im »Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 16 Wann enden Vertrag und Versicherungsschutz?

(1) Der Vertrag endet, sofern

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 17.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 18.

(2) Der Vertrag endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen (siehe § 19 Abs. 1). Stirbt ein Versicherter, endet nur dessen Vertragsteil.

(3) Wenn ein Versicherter nicht weiter in seinem Tarif »versicherungsfähig ist, endet sein Vertragsteil. Dies gilt auch, sofern ein Versicherter seinen »gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR verlegt. In beiden Fällen können Sie diesen Vertragsteil in eine »Anwartschaftsversicherung umstellen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Wegfall der »Versicherungsfähigkeit bzw. Verlegung des Aufenthalts beantragen.

(4) Zahlen Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können Sie den Versicherungsschutz unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) verlieren. Auch können wir unter den Voraussetzungen dieser Vorschriften den Vertrag durch Rücktritt oder Kündigung beenden (siehe § 18 Abs. 3).

(5) Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle.

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

(1) Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte beschränken. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Versicherten von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Die Mindestvertragsdauer beträgt jedoch 2 Versicherungsjahre.

(2) Darüber hinaus können Sie den Tarif desjenigen Versicherten kündigen, für den

a) sich der Beitrag erhöht, weil er eine höhere Altersgruppe erreicht hat (siehe § 20),

b) wir nach § 22 die Beiträge erhöhen,

c) sich die Grenzalter für die Altersgruppen nach § 22 verändern oder

d) sich unsere Leistungen nach einer Bedingungsänderung gemäß § 23 vermindern.

Sie können dann innerhalb von 2 Monaten nach

- Erhöhung gemäß a)
- Zugang unserer Mitteilung zu b) bis d)

zum Wirksamkeitsdatum der Änderung kündigen.

(3) Beenden wir den Vertrag durch Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte, können Sie die Aufhebung des übrigen Vertragsteils verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Wochen mitteilen, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist. Die Kündigung können Sie mit Wirkung zum Ende des Monats aussprechen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist.

(4) Beenden wir den Vertrag durch Kündigung nur für einzelne Versicherte, können Sie die Aufhebung des übrigen Vertragsteils verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Wochen mitteilen, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist. Die Aufhebung können Sie mit Wirkung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem unsere Kündigung wirksam wird.

§ 18 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen oder davon zurücktreten?

(1) Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich kündigen zu können.

(2) Wir können nach den gesetzlichen Bestimmungen außerordentlich kündigen. Dabei können wir uns auch auf einzelne Versicherte beschränken.

(3) Wenn Sie die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir nach § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurücktreten. Haben Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, können wir unter den Voraussetzungen des § 38 Abs. 3 VVG den Vertrag kündigen.

§ 19 Wann können Versicherte den Vertrag fortsetzen?

(1) Wenn Sie als Versicherungsnehmer versterben, können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen die Versicherten innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen.

(2) Sind Versicherungsnehmer und Versicherter verheiratet, können beide ihre Vertragsteile selbständig weiterführen,

- nachdem sie geschieden sind oder
- wenn sie getrennt leben.

Bei »Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(3) Kündigen Sie oder wir den Vertrag insgesamt oder für einzelne Versicherte, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- sie einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem sie von der Kündigung erfahren haben.

§ 20 Wie berechnen wir Ihren Beitrag?

Der Beitrag ist geschlechtsunabhängig nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass keine »Alterungsrückstellungen gebildet werden. Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe, in der das aktuelle Alter des Versicherten liegt. Ein Versicherter erreicht die nächsthöhere Altersgruppe mit Vollendung des Lebensjahres, mit dem diese Altersgruppe beginnt. Ab dem darauf folgenden Monat müssen Sie den für diese Altersgruppe geltenden Beitrag zahlen. Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Es bestehen folgende Altersgruppen:

- 0 – 5 Jahre
- 6 – 17 Jahre
- 18 – 40 Jahre
- 41 – 50 Jahre
- 51 – 60 Jahre
- 61 Jahre und älter

Diese Altersgruppen können wir gemäß § 22 Abs. 4 ändern.

Bei Bedarf vereinbaren wir mit Ihnen bei Vertragsabschluss einen Risikozuschlag.

§ 21 Wann müssen Sie die Beiträge zahlen?

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zahlen. Sie können den Beitrag aber auch in gleichen monatlichen Raten zahlen. Wir »stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats.

Zahlen Sie Ihren Beitrag jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich, gewähren wir Ihnen einen Beitragsnachlass (Skonto), der im Angebot bzw. im Antrag genannt wird. Änderungen in der Höhe des Skontos teilen wir Ihnen bei Beitragsanpassungen im Voraus mit.

(2) Zahlungen können Sie per Lastschriftverfahren leisten. Alternativ können Sie den Beitrag auch auf das Konto überweisen, das wir Ihnen nennen.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

(4) Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- zahlen wir Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken bzw.
- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen.

(5) Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) wegen Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten,

steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird.

(6) Sie haben die Kosten eines von Ihnen zu vertretenden Rückläufers im Lastschriftverfahren zu erstatten. Mahnkosten stellen wir Ihnen in Rechnung.

§ 22 Wann können wir die Beiträge anpassen?

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass

- die Kosten für »Heilbehandlungen steigen oder
- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen.

Deshalb vergleichen wir mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

(2) Ergibt eine Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent,

- überprüfen wir alle Beiträge dieses Tarifs und
- passen sie – soweit erforderlich – nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders an.

(3) Bei Beitragsanpassungen können wir zusätzlich auch einen »Risikozuschlag entsprechend ändern.

(4) Darüber hinaus können wir auch die Grenzalter der Altersgruppen des jeweiligen Tarifs ändern, wenn

- der Beitrag gemäß Abs. 1 angepasst wird,
- das Verhältnis, in dem die für die Altersgruppen erforderlichen Leistungen zueinander stehen, von dem kalkulierten Verhältnis um mehr als 10 Prozent abweicht und
- der unabhängige Treuhänder der Anpassung der Grenzalter zugestimmt hat.

(5) Wir teilen Ihnen die oben genannten Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe mit. Sämtliche Anpassungen werden wirksam mit Beginn des zweiten Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben.

§ 23 Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir diese Versicherungsbedingungen den neuen Verhältnissen anpassen. Voraussetzung ist, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

(2) Darüber hinaus können wir einzelne Bestimmungen in diesen Versicherungsbedingungen unter den folgenden Voraussetzungen ersetzen:

a) Die Bestimmung wurde durch höchstrichterliche Entscheidung oder bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt.

b) Eine Neuregelung ist zur Fortführung des Vertrags erforderlich oder ohne Neuregelung würde die Fortführung eine unzumutbare Härte darstellen. Dabei werden die Interessen beider

Vertragsparteien berücksichtigt.

c) Die Neuregelung wahrt das Vertragsziel und berücksichtigt die Belange der Versicherungsnehmer angemessen.

(3) Wir teilen Ihnen die Änderungen und Neufassungen nach Abs. 1 und 2 sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mit. Die geänderten oder neu gefassten Bedingungsteile werden mit Beginn des zweiten Monats Vertragsbestandteil, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben.

Weitere Regelungen

§ 24 In welcher Form müssen Sie Mitteilungen an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in »Textform an uns richten.

§ 25 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 26 Was ist zu beachten, wenn Versicherte Ansprüche gegenüber Dritten haben?

(1) Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte muss der jeweilige Versicherte in Höhe unserer tariflichen Leistungspflicht an uns abtreten. Diese Pflicht hat der Versicherte unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 VVG (siehe Anhang).

(2) Der Versicherte hat

- den Ersatzanspruch oder
- ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht

unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren. Er muss uns bei dessen Durchsetzung soweit erforderlich unterstützen.

(3) Verletzt der Versicherte eine dieser Pflichten, wenden wir die Regelungen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) an.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Ansprüche des Versicherten auf Rückzahlung rechtsgrundlos gezahlter Entgelte. Voraussetzung ist, dass wir insoweit tarifliche Leistungen erbracht haben.

§ 27 Welche Pflichten müssen Sie und der Versicherte noch beachten?

(1) Auskunftspflicht

Sie und der nach § 12 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir zur Feststellung benötigen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt und
- ob und in welchem Umfang wir leisten müssen.

Dazu zählt auch die Pflicht, uns über Ansprüche zu informieren, die Sie oder der empfangsbevollmächtigte Versicherte gegen Dritte haben.

(2) Mitwirkungspflicht

Der Versicherte muss sich von einem von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen lassen, wenn dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

(3) Schaden- und Kostenminderungspflicht

Der Versicherte hat bei Eintritt des Versicherungsfalls nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen. Er hat auch für die Minderung der Kosten zu sorgen, soweit ihm dies zumutbar ist.

(4) Nachweispflicht bei Wegfall der »Versicherungsfähigkeit

Sie müssen den Wegfall einer Voraussetzung für die »Versicherungsfähigkeit »unverzüglich anzeigen. Sie haben uns den Wegfall durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen.

(5) Anzeigepflicht bei Abschluss einer weiteren Versicherung

Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit gleichartigen Leistungen abgeschlossen, müssen Sie uns darüber »unverzüglich informieren.

§ 28 Was geschieht bei Verletzung einer dieser Pflichten?

(1) Wenn eine der in § 27 Abs. 1 bis 4 genannten Pflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Es gelten die Regelungen des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang).

(2) Bei verspäteter Anzeige nach § 27 Abs. 4 sind Versicherungsnehmer und Versicherer zusätzlich verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsvertrags empfangenen Leistungen einander zurückzuzahlen.

(3) Verletzen Sie die in § 27 Abs. 5 genannte Pflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig, können wir den Versicherungsvertrag kündigen. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang). Kündigen können wir dann innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben. Dabei müssen wir keine Frist einhalten.

(4) Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

§ 29 Welche Gerichte sind für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis zuständig?

(1) Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Ortes einreichen,

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren »gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(2) Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Ortes einreichen,

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben,
- in dem Sie Ihren »gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben oder
- in dem wir unseren Sitz haben, wenn ihr Wohnsitz oder »gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR, gilt: Zuständig ist das Gericht, an dem wir unseren Sitz haben.

Fachwörterverzeichnis

Adoption

Adoption ist die Annahme als Kind. Wenn die Adoption in Deutschland anerkannt ist, behandeln wir den Tag der Adoption wie den Tag der Geburt.

Alterungsrückstellungen

Bei nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen wird in den ersten Versicherungsjahren ein höherer Beitrag entrichtet als es dem Risiko des aktuellen Alters entspricht. Mit diesen Mitteln bildet der Versicherer eine Rückstellung. Sie wird dazu verwendet, um die altersbedingt steigenden Krankheitskosten zu finanzieren.

Ambulant

Ambulante Behandlungen finden in der Regel in Arztpraxen oder einer Krankenhausambulanz statt. Sofern die Behandlung in einer Klinik erfolgt, ist sie ambulant, wenn der Patient nicht stationär aufgenommen wird. Der Patient übernachtet insbesondere nicht in der Klinik.

Anästhesieleistungen

Anästhesieleistungen sind Methoden zur Bewusstseins- und/oder Schmerzausschaltung. Darunter fällt die zentrale Schmerzausschaltung unter Aufhebung des Bewusstseins. Ebenfalls zählt dazu eine örtliche oder regionale Schmerzausschaltung.

Anwartschaftsversicherung

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie zahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat. Sinnvoll ist eine Anwartschaft z. B. für die Dauer eines längeren Auslandsaufenthalts.

Aufbissbehelfe mit und ohne adjustierter Oberfläche

Aufbissbehelfe sind die Kauflächen bedeckende, herausnehmbare Kunststoffschienen zur Veränderung der Bisslage oder Bissverhältnisse. Adjustierte Oberfläche bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Aufbissbehelfe an die Kauflächen der Gegenzähne angepasst sind.

Behandlung/Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht, mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Eine

Behandlung kann mehrere Behandlungsdaten und/oder Maßnahmen umfassen.

Behandlungsdatum

Damit ist die Maßnahme des Arztes oder Zahnarztes in einer einzelnen Sitzung gemeint, die zusammen mit weiteren Maßnahmen den Heilungserfolg herbeiführen soll. In Abgrenzung dazu umfasst die gesamte (Heil-)Behandlung alle Behandlungsdaten, die nötig sind oder waren, um den Behandlungserfolg herbeizuführen.

Bleaching

Bleaching bedeutet soviel wie bleichen. Dabei hellt der Zahnarzt die Zähne mithilfe einer chemischen Substanz auf. Die eingesetzten chemischen Substanzen – zumeist Wasserstoffperoxid – sind chemische Bleichmittel.

Bemalen von Zähnen/individuelle Charakterisierung

Der Zahnersatz erfolgt regelmäßig mit einem Material, das der natürlichen Zahnfarbe entspricht. Bei der sog. „individuellen Charakterisierung" wird der Zahnersatz oder die Verblendung anschließend so angemalt, dass auch Alterungsspuren und Verfärbungen nachempfunden werden.

Erstattungsvermerk

Als Erstattungsvermerk wird die Bestätigung eines anderen Kostenträgers – insbesondere Ihrer gesetzlichen Krankenkasse – bezeichnet. Daraus muss sich ergeben, ob und ggf. in welcher Höhe die berechneten Kosten erstattet wurden.

Fluoridierung

Eine Fluoridierung erfolgt zum Beispiel durch das Auftragen eines Fluoridlacks auf die Zähne. Fluor wirkt einer Entmineralisierung des Zahnschmelzes entgegen und dient somit zur Vorbeugung gegen Karies.

Fissurenversiegelung

Es handelt sich hierbei um eine kariesvorbeugende Maßnahme vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen zum Schutz der Fissuren (spaltartige Vertiefung des Zahnschmelzes im Gebiet der großen und kleinen Backenzähne). Bei der Versiegelung werden die Fissuren angeätzt und mit einem dünnfließenden, aushärtenden Kunststoff verschlossen.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes. In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gewöhnlicher und vorübergehender Aufenthalt

Als gewöhnlicher Aufenthalt gilt der Ort, an dem sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort nicht nur vorübergehend verweilt. Als Faustregel kann hier ein zusammenhängender Aufenthalt von mindestens 6 Monaten angesehen werden. In jedem Fall gilt ein Aufenthalt von über einem Jahr als gewöhnlicher Aufenthalt.

Glattflächen- oder Bracketumfeldversiegelung

Kieferorthopäden tragen zum Schutz der Zähne auf die Glattflächen bzw. rund um die Brackets einen speziellen, fluoridhaltigen Versiegelungslack auf. Dies soll Demineralisierungen verhindern und somit das Kariesrisiko minimieren.

Heilbehandlung

siehe Behandlung

Lachgas-Sedierung

Bei der zahnärztlichen Lachgas-Sedierung wird den Patienten mit Hilfe einer über der Nase platzierten Maske eine Mischung aus Lachgas und Sauerstoff zugeführt. Lachgas soll gleichzeitig beruhigend, angstreduzierend und schmerzlindernd wirken.

Lebenspartner

Lebenspartner sind 2 Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz eingegangen sind.

Medizinische Notwendigkeit

Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. (BGH-Urteil vom 10. Juli 1996 – VI ZR 133/95)

Mehrkostenvereinbarung für kieferorthopädische Behandlung

Die GKV übernimmt keine Kosten für Leistungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, die über den Umfang einer vertragszahnärztlichen kieferorthopädischen Versorgung hinausgehen. Hierunter fallen z. B. hochwertigere Materialien oder farblich unauffälligere Bestandteile einer Zahnspange. Der Patient hat diese Kosten selbst zu tragen. Hierzu schließt er eine entsprechende Mehrkostenvereinbarung mit dem Kieferorthopäden ab. Als Mehrkostenvereinbarung gelten auch Vereinbarungen über Zusatzleistungen (Zusatzleistungsvereinbarungen).

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein erhöhtes Risiko vor, können wir den Beitrag um einen bestimmten Betrag erhöhen. Mit diesem Mehrbeitrag wird dem erhöhten Risiko Rechnung getragen, deshalb heißt er „Risikozuschlag".

Stunden

Stunden bedeutet, einen Aufschub für die Zahlung einer Schuld gewähren.

Textform

Textform bedeutet, eine Erklärung wird schriftlich abgegeben und die Person des Erklärenden wird genannt. Im Gegensatz zur Schriftform ist jedoch kein Dokument mit eigenhändiger Unterschrift notwendig. Es reicht daher z. B. ein Fax oder eine E-Mail.

Unfall/unfallbedingt/Unfallfolge(n)

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle. Die daraus resultierende(n) Verletzung(en) sind Unfallfolgen. Müssen sie behandelt werden, erfolgt diese Heilbehandlung unfallbedingt.

Unverzüglich

Unverzüglich bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern", das heißt „so schnell wie möglich".

Veneers

Der englische Begriff bedeutet so viel wie „Fassade". Es handelt sich dabei um keramische Verblendschalen für die Zähne. Sie sind so dünn wie eine Kontaktlinse und werden dauerhaft auf der sichtbaren Seite der Frontzähne verklebt. So können abgebrochene Zähne, Verfärbungen, Lücken und andere Makel unsichtbar gemacht werden. Unterarten sind sog. „Lumineers" oder „Testeneers", die sich nur in Dicke oder Art und Dauer der Verklebung unterscheiden.

Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten. Fehlt ihm diese Eigenschaft, kann der Versicherte nicht nach diesem Tarif versichert werden. Verliert der Versicherte die Eigenschaft nach Vertragsabschluss, kann er nicht nach diesem Tarif versichert bleiben.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT)

Hinweise zum Aufbau

Die oben genannten Versicherungsbedingungen bestehen aus drei Teilen:

Teil I: Musterbedingungen

Teil II: Tarifbedingungen

Teil III: Tarife

Teil I beinhaltet die Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009). Diese Musterbedingungen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herausgegeben. Die Musterbedingungen enthalten allgemeine Regelungen, insbesondere zum Versicherungsschutz, zu den Pflichten des Versicherungsnehmers und zum Ende der Versicherung.

Teil II (Tarifbedingungen) enthält unternehmensindividuelle, von den Musterbedingungen in Teil I abweichende Regelungen. Die Tarifbedingungen gehen den Musterbedingungen vor.

Zu jedem Paragraphen sind zunächst die allgemeinen Musterbedingungen (überschrieben mit „I“) abgedruckt. Ergänzende oder hiervon abweichende Regelungen sind ggf. in den unmittelbar folgenden Tarifbedingungen (überschrieben mit „II“) aufgeführt. Diese vorrangig geltenden Regelungen sind in grüner Schrift gedruckt.

In Teil III wird der tarifliche Leistungsumfang der jeweiligen Tarife beschrieben. Darüber hinaus werden teilweise abweichende Regelungen getroffen, die gegenüber Teil I und Teil II vorrangig gelten. Beispielsweise können in Teil III gesonderte Regelungen zur Versicherungsfähigkeit oder zu Wartezeiten vereinbart werden. Sofern besondere Bedingungen existieren, sind diese ebenfalls im Teil III aufgeführt.

Teil I Musterbedingungen

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 3 Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

§ 8a Beitragsberechnung

§ 8b Beitragsanpassung

§ 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Gerichtsstand

§ 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil III Tarife

Tarife KT und KT (M/F)

Teil I
Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)

Stand: Juni 2024

Teil II
Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte blei-

ben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

II

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die einen selbstständigen Beruf ausüben, aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte erzielen und zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet sind oder die gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen sowie ihren ständigen Wohnsitz im Inland oder in einem in Teil I Abs. 8 genannten Staat haben.

(2) Für den Fortbestand der Versicherungsfähigkeit nach Beendigung der in Abs. 1 beschriebenen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer nachzuweisen, welche Anstrengungen die versicherte Person seit der Beendigung unternommen hat, um eine neue Tätigkeit im Sinne des Abs. 1 aufzunehmen, und dass diese Anstrengungen aufgrund objektiver Umstände nach wie vor Aussicht auf Erfolg haben. Erbringt der Versicherungsnehmer diesen Nachweis nicht innerhalb eines Monats nach Beendigung der Tätigkeit oder nach entsprechender Aufforderung durch den Versicherer, endet die Versicherungsfähigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt der Beendigung der Tätigkeit beziehungsweise der Aufforderung durch den Versicherer. Unabhängig hiervon endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Bezug von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II oder von Sozialhilfe nach dem SGB XII, spätestens jedoch mit Ablauf des zwölften Monats nach Beendigung der Tätigkeit, sofern nicht zwischenzeitlich eine neue Tätigkeit im Sinne des Abs. 1 aufgenommen wurde. § 15 Teil I Abs. 1 a gilt entsprechend.

(3) Bei Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III (siehe Anhang) ist bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 1 Teil I Abs. 3 die von der Agentur für Arbeit für die Zahlung des Arbeitslosengelds zu Grunde gelegte und für zumutbar erklärte berufliche Tätigkeit heranzuziehen.

(4) Ergänzend zu Teil I Abs. 5 Satz 2 nimmt der Versicherer den Antrag spätestens zum Ersten des Monats an, der auf die Antragstellung folgt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

I

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

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

II

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 in Textform gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in

Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

(1) Sämtliche Wartezeiten entfallen,
- wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung mit den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen A bzw. AP, S, Z oder AB, SB, ZB oder den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen A (M/F) bzw. AP (M/F), S (M/F), Z (M/F) oder AB (M/F), SB (M/F), ZB (M/F) besteht, und
- bei Unfällen.

(2) Gelten in einem Tarif Wartezeiten, können diese erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand auf einem Formblatt des Versicherers vorlegt. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), 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.

II

(1) Das vereinbarte Krankentagegeld wird von dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt an gezahlt. Tritt nach dem Ende eines Versicherungsfalles innerhalb von 26 Wochen wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut ein Versicherungsfall ein, werden die innerhalb der letzten 52 Wochen nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit des jeweiligen Tarifs angerechnet.

(2) Im Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 Teil I Abs. 3 von mindestens acht Wochen Dauer wird nach Ablauf der Karenzzeit ein Übergangsgeld (Krankentagegeld in halber Höhe) gezahlt, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund zu höchstens 50% ausüben kann, sie auch nicht zu mehr als 50% ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Die Zahlung des Übergangsgeldes setzt voraus, dass die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit nach medizinischem Befund angezeigt ist und die versicherte Person weiterhin durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird. Das Übergangsgeld wird für längstens vier Wochen gezahlt.

(2a) Nehmen Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalls ihre berufliche Tätigkeit nach Wiedereingliederungsplan mit ärztlicher Zustimmung stufenweise auf, gilt auch die teilweise Arbeitsunfähigkeit als Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 1 Teil I Abs. 3. Die Dauer der Zahlung ist bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit unter den genannten Voraussetzungen auf 90 Tage begrenzt. Die während dieser Zeit erzielten Einkünfte aus der beruflichen Tätigkeit sind nachzuweisen und werden auf die Versicherungsleistungen angerechnet. Sofern Übergangsgeld nach § 4 Teil II Abs. 2 geleistet wird, wird dieses angerechnet.

(3) Als Nettoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit gilt das auf den maßgebenden Zeitraum entfallende Gesamtbruttoarbeitsentgelt abzüglich der steuerlichen Abzüge sowie der von den Arbeitnehmern zu tragenden Anteile an den Beiträgen zu den gesetzlichen Sozialversicherungen. Bei privat Krankenvollversicherten können die Arbeitgeberzuschüsse zur privaten Krankenvoll- und Pflegepflichtversicherung und der Arbeitnehmeranteil zur gesetzlichen Rentenversicherung hinzugerechnet werden.

Als Nettoeinkommen aus selbständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft gelten 75% der auf den maßgebenden Zeitraum entfallenden Einkünfte, die nach den Vorschriften ermittelt wurden, die für diese Einkunftsarten gelten; unberücksichtigt bleiben dabei Erlöse aus Veräußerung von Betrieben oder Betriebsteilen.

(4) Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß Teil I Abs. 3 und die Regelung über die Änderung des Vertrags gemäß Teil I

Abs. 4 gelten sinngemäß auch bei einer Verlängerung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber.

(5) Erhöht sich das Nettoeinkommen oder verkürzt sich die Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im tariflich zulässigen Rahmen entsprechend erhöht. Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten seit der Änderung gestellt, erhöht sich der Versicherungsschutz ohne erneute Wartezeiten und ohne Risikoprüfung zum 1. des Monats, ab dem der versicherten Person das erhöhte Nettoeinkommen zusteht oder sich die Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgelts verkürzt. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind, ist der Anspruch auf die Höhe des ursprünglichen Krankentagegeldes beschränkt.

(6) Mit dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III (siehe Anhang) kann die Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers in den Tarif KT 43 umgestellt werden. Die Regelungen zur Anrechnung auf die Karenzzeit nach Abs. 1 Satz 2 und zur Erhöhung des Versicherungsschutzes nach Abs. 4 gelten entsprechend. Die Tarifstufe bleibt auch in Zeiten der Arbeitslosigkeit, die sich an den Bezug von Arbeitslosengeld anschließen, bestehen. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt nicht vor Ablauf des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nach § 146 SGB III (siehe Anhang). Das Nettoeinkommen im Sinne von Teil I Abs. 2 ist auf die Höhe des Leistungsbetrages des Arbeitslosengeldes zuzüglich der Beiträge für die private Krankenversicherung, die private Pflegeversicherung sowie für die gesetzliche Rentenversicherung in der von der Agentur für Arbeit übernommenen Höhe begrenzt. Ein Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung wird angerechnet. Sofern ein höheres Krankentagegeld vereinbart ist, wird dieses ab dem Bezug von Arbeitslosengeld entsprechend herabgesetzt. Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes bleibt für Zeiten der Arbeitslosigkeit, die sich an den Bezug von Arbeitslosengeld anschließen, bestehen. Bei einer Beendigung der Tätigkeit im Sinne des § 1 Teil II Abs. 1 ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld wird als Nettoeinkommen 80 Prozent des bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu Grunde gelegten Nettoeinkommens herangezogen.

(7) Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gemäß Teil I Abs. 7 ist auf einem Formblatt des Versicherers auszustellen.

(8) Beitragsrückerstattung

Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für welche Tarife eine Beitragsrückerstattung gezahlt wird und über die Art und Höhe der Verwendung entscheidet der Vorstand.

Für die Auszahlung oder Gutschrift ist Voraussetzung, dass die versicherte Person während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahr) – bei unterjährigem Versicherungsbeginn seit diesem Zeitpunkt – nach diesem Tarif versichert war, für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nicht erhalten hat und am 30. Juni des Folgejahres nach diesem Tarif ohne Beitragsrückstand noch versichert ist.

Ein Anspruch auf Auszahlung oder Gutschrift bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung endet. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres vorgenommen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

II

(1) Die Leistungseinschränkung nach Teil I Abs. 1 c) entfällt.

(2) Abweichend von Teil I Abs. 1 d) wird bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich aufgrund von Schwangerschaft, künstlicher Schwangerschaftsunterbrechung bei medizinischer Indikation, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote ein Krankentagegeld in tariflichem Umfang gezahlt. Für selbstständig Tätige werden die Fristen für Arbeitnehmerinnen sinngemäß angewendet.

(3) Abweichend von Teil I Abs. 1 g) wird während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme Krankentagegeld gezahlt, wenn

a) die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen wird und

b) unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens sechs Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

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

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

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

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

(5) 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.

II

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz endet – auch für

schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

II

In Abänderung von Teil I endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle bei Kündigung gemäß § 14 Teil I Abs. 1 mit dem Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

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

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

(1) Der Versicherungsnehmer erhält bei nichtmonatlicher Zahlungsweise (vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) einen Beitragsnachlass (Skonto), der im Antrag genannt wird. Änderungen in der Höhe des Skontos werden bei Beitragsanpassungen im Voraus mitgeteilt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat die Kosten eines von ihm zu vertretenden Rückläufers im Lastschriftverfahren zu erstatten.

(3) Mahnkosten werden in nachgewiesener Höhe berechnet.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird bis zum Versicherungsbeginn gestundet.

§ 8a Beitragsberechnung

I

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

II

Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach der Höhe des versicherten Tagegeldes, nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre.

§ 8b Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II

Die in Teil I Abs. 1 genannten Gegenüberstellungen für die erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten werden sowohl getrennt als auch gemeinsam vorgenommen. Der in Teil I Abs. 1 Satz 3 genannte Vomhundertsatz für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten beträgt 5, für die Gegenüberstellungen mit Berücksichtigung der Versicherungsleistungen 10. Ergibt eine Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

I

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei

verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns anzuzeigen. Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist die ärztliche Bescheinigung auf dem Formblatt des Versicherers alle zwei Wochen zu erneuern.

Der Eintritt von Arbeitslosigkeit im Sinne von § 1 Teil II Abs. 2 gilt als Berufswechsel.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit [(vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)] einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht
steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

II

Auch wenn kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, verzichtet der Versicherer ergänzend zu Teil I Abs. 1 auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung mit den geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen A

bzw. AP, S, Z oder AB, SB, ZB oder den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen A (M/F) bzw. AP (M/F), S (M/F), Z (M/F) oder AB (M/F), SB (M/F), ZB (M/F) besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versiche rungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

II

(1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

(2) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres. § 196 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) gilt auch in Verbindung mit § 196 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) mit der Maßgabe, dass der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Recht auf Fortsetzung der Versicherung hat.

(4) Versicherte Personen haben mit Zustimmung des Versicherungsnehmers das Recht, das ungekündigte Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil bzw. ein rechtskräftiges Urteil zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vor, so genügt die Erklärung des Ehegatten bzw. Lebenspartners, der die Fortführung seines Vertragsteils als selbstständige Versicherung wünscht.

(5) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Dreimonatsfrist des § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe a) auf sechs Monate. § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe b) bleibt unberührt.

(6) Das Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist das Inland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

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

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

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.

Teil III der AVB/KT für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife KT bzw. geschlechtsabhängig kalkulierte Tarife KT (M/F)

Es können folgende Tarife gewählt werden:

Krankentagegeldversicherung für Selbstständige

Tarif KT 8 bzw. KT 8 (M/F)
Krankentagegeld ab 8. Tag (ab 2. Woche) der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 8. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Teil I Abs. 1)

Tarif KT 15 bzw. KT 15 (M/F)
Krankentagegeld ab 15. Tag (ab 3. Woche) der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 15. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Teil I Abs. 1)

Tarif KT 22 bzw. KT 22 (M/F)
Krankentagegeld ab 22. Tag (ab 4. Woche) der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 22. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Teil I Abs. 1)

Tarif KT 29 bzw. KT 29 (M/F)
Krankentagegeld ab 29. Tag (ab 5. Woche) der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 29. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Teil I Abs. 1)

Krankentagegeldversicherung für Arbeitnehmer und Selbstständige

Tarif KT 43 bzw. KT 43 (M/F)
Krankentagegeld ab 43. Tag (ab 7. Woche) der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 43. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Teil I Abs. 1)

Tarif KT 92 bzw. KT 92 (M/F)
Krankentagegeld ab 92. Tag (ab 14. Woche) der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 92. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Teil I Abs. 1)

Tarif KT 183 bzw. KT 183 (M/F)
Krankentagegeld ab 183. Tag (ab 27. Woche) der Arbeitsunfähigkeit

Tarif KT 274 bzw. KT 274 (M/F)
Krankentagegeld ab 274. Tag (ab 40. Woche) der Arbeitsunfähigkeit

Tarif KT 365 bzw. KT 365 (M/F)
Krankentagegeld ab 365. Tag (ab 53. Woche) der Arbeitsunfähigkeit

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankengeld-Ergänzungsversicherung (AVB/KGE)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 3 Wartezeiten

§ 4 Bestehen und Umfang der Leistungspflicht

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

§ 8a Beitragsberechnung

§ 8b Beitragsanpassung

§ 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Gerichtsstand

§ 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

(8) Versicherungsfähig sind Personen, die

- einen selbstständigen Beruf ausüben, aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte erzielen und zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet sind oder die gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen,
- Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind
- sowie ihren ständigen Wohnsitz im Inland oder in einem in Abs. 7 genannten Staat haben.

Für den Fortbestand der Versicherungsfähigkeit nach Beendigung der in Satz 1 beschriebenen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer nachzuweisen, welche Anstrengungen die versicherte Person seit der Beendigung unternommen hat, um eine neue Tätigkeit im Sinne von Satz 1 aufzunehmen, und dass diese Anstrengungen aufgrund objektiver Umstände nach wie vor Aussicht auf Erfolg haben. Erbringt der Versicherungsnehmer diesen Nachweis nicht innerhalb eines Monats nach Beendigung der Tätigkeit oder nach entsprechender Aufforderung durch den Versicherer, endet die Versicherungsfähigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt der Beendigung der Tätigkeit beziehungsweise der Aufforderung durch den Versicherer. Unabhängig hiervon endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Bezug von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II oder von Sozialhilfe nach dem SGB XII, spätestens jedoch mit Ablauf des zwölften Monats nach Beendigung der Tätigkeit, sofern nicht zwischenzeitlich eine neue Tätigkeit im Sinne von Satz 1 aufgenommen wurde. § 15 Abs. 1 a gilt entsprechend.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III (siehe Anhang) ist bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 1 Abs. 3 die von der Agentur für Arbeit für die Zahlung des Arbeitslosengelds zu Grunde gelegte und für zumutbar erklärte berufliche Tätigkeit heranzuziehen.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte

Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 in Textform gekündigt wird.

(3) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung und Psychotherapie acht Monate.

(4) Sämtliche Wartezeiten entfallen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.

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

§ 4 Bestehen und Umfang der Leistungspflicht

(1) Der Anspruch auf die vereinbarte monatliche Krankengeld-Ergänzung besteht ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 43. Tag der Mutterschutzfrist (§ 1a Abs. 1), frühestens aber ab dem 43. Tag nach Ablauf der Wartezeiten, für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Mutterschutzfrist und berechnet sich als Krankentagegeld. Der Tagessatz beträgt 1/30 der vereinbarten monatlichen Krankengeld-Ergänzung. Tritt nach dem Ende eines Versicherungsfalles innerhalb von 26 Wochen wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut ein Versicherungsfall ein, werden die innerhalb der letzten 52 Wochen nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

(2) Für die Dauer eines unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthaltes besteht ein Anspruch auf das Krankentagegeld auch während der Karenzzeit.

(3) Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Eine Aufrundung des so begrenzten Krankentagegeldes auf den nächsten durch 5 Euro teilbaren Betrag führt nicht zur Überschreitung des Nettoeinkommens im Sinne von Satz 1.

(4) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(5) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen. Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen. Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Als Nettoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit gilt das auf den maßgebenden Zeitraum entfallende Gesamtbruttoarbeitsentgelt abzüglich der steuerlichen Abzüge sowie der von den Arbeitnehmern zu tragenden Anteile an den Beiträgen zu den gesetzlichen Sozialversicherungen.

Als Nettoeinkommen aus selbständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft gelten 75 % der auf den maßgebenden Zeitraum entfallenden Einkünfte, die nach den Vorschriften ermittelt wurden, die für diese Einkunftsarten gelten; unberücksichtigt bleiben dabei Erlöse aus Veräußerung von Betrieben oder Betriebsteilen.

(6) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(7) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(8) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten bzw. Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist auf einem Formblatt des Versicherers auszustellen.

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

(10) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 9 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(11) Nehmen Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalls ihre berufliche Tätigkeit nach Wiedereingliederungsplan mit ärztlicher Zustimmung stufenweise auf, gilt auch die teilweise Arbeitsunfähigkeit als Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 1 Abs. 3.

Die Dauer der Zahlung ist bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit unter den genannten Voraussetzungen auf 90 Tage begrenzt. Die während dieser Zeit erzielten Einkünfte aus der beruflichen Tätigkeit sind nachzuweisen und werden auf die Versicherungsleistungen angerechnet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Schwangerschaftsabbruchs, außer bei medizinischer Indikation;

d) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Entbindung steht;

e) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Abs. 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 9 und 10). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

f) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es sei denn,

- die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme wird durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen und
- unmittelbar vor ihrem Beginn hat eine seit mindestens sechs Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden. Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden. Es gelten die gesetzlichen Abtretungsverbote.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst mit dem Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe a) oder b).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Der Versicherungsnehmer erhält bei nichtmonatlicher Zahlungsweise (vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) einen Beitragsnachlass (Skonto), der im Antrag genannt wird. Änderungen in der Höhe des Skontos werden bei Beitragsanpassungen im Voraus mitgeteilt.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, soweit nichts anderes vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor Versicherungsbeginn zu zahlen.

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

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Mahnkosten werden in nachgewiesener Höhe berechnet. Für vom Versicherungsnehmer verursachte Rückläufer beim Lastschriftverfahren werden die entstandenen Kosten verlangt.

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

(6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach der Höhe des vereinbarten Tagegeldes und der von der versicherten Person erreichten tariflichen Lebensaltersgruppe. Die Einstufung in eine tarifliche Lebensaltersgruppe erfolgt nach dem jeweiligen aktuellen Alter der versicherten Person. Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die nächsthöhere tarifliche Lebensaltersgruppe erreicht, ist der für diese Gruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(2) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(3) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäfts-

betrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt eine dieser Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, so muss der Versicherer alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen. Bei der Berechnung der Beiträge wird die Kalkulationsverordnung sinngemäß angewandt. Hierbei wird berücksichtigt, dass der Tarif nicht nach Art der Lebensversicherung, d.h. insbesondere ohne Alterungsrückstellung betrieben wird.

(2) Unter den Voraussetzungen des Abs. 1 können auch die Grenzalter der Altersgruppen geändert werden, wenn das Verhältnis, in dem die für die Altersgruppen erforderlichen Leistungen zueinander stehen, von dem kalkulierten Verhältnis um mehr als 10 % abweicht.

(3) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 8) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen. Eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist die ärztliche Bescheinigung auf dem Formblatt des Versicherers alle zwei Wochen zu erneuern. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Der Eintritt von Arbeitslosigkeit der versicherten Person gilt als Berufswechsel und ist unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit [vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)] einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzuzahlen.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder diesen Tarif beschränkt werden.

(3) Erhöht sich der Beitrag aufgrund des Erreichens einer höheren Lebensaltersgruppe, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 5 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen, wenn eine Verpflichtungserklärung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb zweier Monate nach der Kündigung beim Versicherer eingeht. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, diesen Tarif oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach

Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird;

d) wenn aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Regelung ein Verdienstausfall durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit endgültig ausgeschlossen ist;

e) mit dem Tod;

f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, hat der Versicherungsnehmer das Recht, das Versicherungsverhältnis nach der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, der Berufsunfähigkeit oder dem Bezug von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten wieder in Kraft zu setzen. Der Antrag auf Wiederinkraftsetzung ist innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, Beendigung der Berufsunfähigkeit oder nach Ende des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente mit Wirkung zu diesem Zeitpunkt zu stellen.

(3) Der Versicherungsnehmer hat abweichend von Abs. 1 Buchstabe c) das Recht auf Fortsetzung der Versicherung bei Beginn des Bezugs von Altersrente der versicherten Person, soweit und solange Versicherungsfähigkeit gegeben ist und diese innerhalb von zwei Monaten ab dem Termin nach Abs. 1 Buchstabe c) nachgewiesen wird. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person gilt § 196 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) auch in Verbindung mit § 196 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) mit der Maßgabe, dass der Versicherungsnehmer für die versicherte Person auch hier das Recht auf Fortsetzung der Versicherung hat.

(4) Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen, wenn eine Verpflichtungserklärung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingeht.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegzugs aus dem Inland beendet, kann eine Vereinbarung zur Vertragsfortführung getroffen werden.

(6) Versicherte Personen haben mit Zustimmung des Versicherungsnehmers das Recht, das ungekündigte Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil bzw. ein rechtskräftiges Urteil zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vor, so genügt die Erklärung des Ehegatten, der die Fortführung seines Vertragsteils als selbstständige Versicherung wünscht.

(7) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Dreimonatsfrist des Abs. 1 Buchstabe a) auf sechs Monate. Abs. 1 Buchstabe b) bleibt unberührt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/PTG)

Teil I Musterbedingungen

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 5 Wartezeit

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

§ 10 Beitragsberechnung

§ 11 Beitragsanpassung

§ 12 Überschussbeteiligung

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

§ 14 Obliegenheiten

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 16 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 21 Gerichtsstand

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

§ 24 Kindernachversicherung

§ 25 Mehrfachversicherung

§ 26 Anwartschaft

§ 27 Übergangsregelung

Teil I Musterbedingungen 2022 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022)

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

I

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Abs. 2 Nr. 6, 24 und 26 Abs. 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

I

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

I

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagennummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagennummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen

angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

II

Der Versicherer leistet ein Pflegetagegeld. Für den Monat Februar werden 30 Tage zu Grunde gelegt.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5.
An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht nach § 17 oder § 18 in Textform gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Jahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 5 Wartezeit

I

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

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

II

Abweichend von § 5 Teil I Abs. 2 entfällt die Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern der Unfall sich nach Vertragsabschluss ereignet hat.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

I

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegerad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Abs. 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

II

(1) Das Pflegetagegeld beträgt

in Pflegegrad 1	10 %
in Pflegegrad 2	20 %
in Pflegegrad 3	50 %
in Pflegegrad 4	80 %
in Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Tagessatzes. Der vereinbarte Tagessatz muss nach Teil I Abs. 1 Satz 4 mindestens 20 Euro betragen.

(2) Dynamisierung

a) Das vereinbarte Pflegetagegeld wird durch planmäßige Erhöhung des Tagegeldes jährlich zum 1. Juli angepasst, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Wartezeit nach § 5 beendet ist und der Versicherungsfall nicht bereits eingetreten ist.

b) Das Pflegetagegeld erhöht sich jeweils in dem Verhältnis, in dem sich der Verbraucherpreisindex für Deutschland des Statistischen Bundesamtes (Stand 31.12. des Vorjahres) seit dem 31.12. vor der letzten Festsetzung des Pflegetagegeldes bzw. vor dem letzten Widerspruch nach lit. e) erhöht hat. Das Pflegetagegeld wird auf volle Euro gerundet.

c) Jede Erhöhung des Pflegetagegeldes bewirkt eine Erhöhung des Beitrags. Maßgeblich für die Berechnung des Beitrags für das hinzukommende Tagegeld sind das erreichte Alter der versicherten Person sowie die für einen Neuabschluss jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen. Eine Anpassung entfällt, wenn das Pflegetagegeld um weniger als 5 % angehoben oder die tarifliche monatliche Beitragsrate um weniger als 1,50 Euro erhöht werden müsste. Ebenso entfällt die planmäßige Erhöhung sofern und soweit die Versicherungsleistungen die Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) überschreiten.

d) Die Anpassung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt.

e) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Erhöhung des Pflegetagegeldes zu widersprechen. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Widerspruch bis zum Ende des Monats, in dem die Anpassung wirksam wird, in Textform beim Versicherer eingeht. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Leistungsanpassung für eine versicherte Person zweimal unmittelbar nacheinander, erlischt für diese versicherte Person das Recht auf alle weiteren Erhöhungen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas Anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigten benannt hat.

(6) 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 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

I

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

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

§ 10 Beitragsberechnung

I

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

II

(1) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach der Höhe des vereinbarten Tagegeldes und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Sofern nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen keine Alterungsrückstellung zu bilden ist, richtet sich die Höhe des Tarifbeitrags nach der von der versicherten Person erreichten Lebensaltersgruppe.
Die Einstufung in eine tarifliche Lebensaltersgruppe erfolgt nach dem jeweiligen aktuellen Alter der versicherten Person. Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die nächsthöhere tarifliche Lebensaltersgruppe erreicht, ist der für diese Gruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(2) Für Kinder und Jugendliche ist nach Ablauf des Monats, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

§ 11 Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

I

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,

b) Anrechnung auf den Beitrag,

c) Erhöhung der Leistung oder

d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

I

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Abs. 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19

Abs. 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

I

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Abs. 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Abs. 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Abs. 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Abs. 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages 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) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Abs.es 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

I

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Abs. 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

I

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Abs. 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Abs. 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

I

Besteht für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

I

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Abs. 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Abs. 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Abs. 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 wer-

den die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	**Einstufung ab 1.1.2017**
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Zusatztagegeldversicherung nach dem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif PZT-Komfort, den geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen PZT (M/F), PZT-Komfort (M/F) und dem Tarif PZT 0 (AVB/PZT)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 3 Wartezeit

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

§ 8a Beitragsberechnung

§ 8b Beitragsanpassung

§ 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Gerichtsstand

§ 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die durch den Träger der Pflegepflichtversicherung nach den §§ 14 und 15 SGB XI (siehe Anhang) anerkannte Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5).

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Tag, zu dem der Träger der Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des SGB XI anerkannt hat. Er endet an dem Tag, zu dem nach Feststellung des Trägers der Pflegepflichtversicherung Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Daneben gilt es auch ohne eine entsprechende Feststellung durch den Träger der Pflegepflichtversicherung als Versicherungsfall, wenn und solange die versicherte Person unmittelbar Entschädigungsleistungen i. S. d. § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) erhält.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zum Ersten des Monats verpflichtet, der auf die Antragstellung folgt. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall ein von dem durch den Träger der Pflegepflichtversicherung gemäß SGB XI anerkannten bzw. unwiderlegbar vermuteten Pflegegrad abhängiges Pflegetagegeld.

(7) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Inland haben und pflegepflichtversichert sind. Personen mit einem Wohnsitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum sowie Personen mit Vorerkrankungen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

(8) Eine Versicherung nach Tarif PZT 0 kann nur neben dem Tarif PZT-Komfort (M/F) und mit dem gleichen Tagessatz bestehen. Sie endet in jedem Fall bei Wegfall des Tarifs PZT-Komfort (M/F). Im Fall einer Erhöhung oder Reduzierung des Tagessatzes für den Tarif PZT-Komfort (M/F) wird der Tagessatz für den Tarif PZT 0 entsprechend erhöht bzw. reduziert.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt.

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens

zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

(4) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 in Textform gekündigt wird.

(5) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeit

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem Beginn und endet mit dem Ende der Leistungspflicht des Trägers der Pflegepflichtversicherung gemäß SGB XI.

(2) Abweichend von Absatz 1 ist der Versicherer auch dann leistungspflichtig, wenn und solange der Anspruch auf Leistung gegen den Träger der Pflegepflichtversicherung gemäß § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen häuslicher Krankenpflege gemäß § 34 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

(3) Beginn und Fortdauer der Leistungspflicht des Trägers der Pflegepflichtversicherung sowie dessen Zuordnung der versicherten Person in einen der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5 sind nachzuweisen. In den Fällen des Absatzes 2 wird unwiderlegbar vermutet, dass die versicherte Person dem Pflegegrad 3 zugeordnet wird.

(4) Das Pflegetagegeld beträgt

– im Tarif PZT-Komfort

	bei ambulanter Pflege	bei vollstationärer Pflege*
in Pflegegrad 1	20 %	20 %
in Pflegegrad 2	40 %	100 %
in Pflegegrad 3	60 %	100 %
in Pflegegrad 4	80 %	100 %
in Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Tagessatzes,

– im Tarif PZT (M/F)

	bei ambulanter oder vollstationärer Pflege*
in Pflegegrad 1	0 %
in Pflegegrad 2	20 %
in Pflegegrad 3	40 %
in Pflegegrad 4	80 %
in Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Tagessatzes,

– im Tarif PZT-Komfort (M/F)

	bei ambulanter Pflege	bei vollstationärer Pflege*
in Pflegegrad 1	0 %	0 %
in Pflegegrad 2	30 %	90 %
in Pflegegrad 3	60 %	100 %
in Pflegegrad 4	80 %	100 %
in Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Tagessatzes,

– im Tarif PZT 0

	bei ambulanter Pflege	bei vollstationärer Pflege*
in Pflegegrad 1	20 %	20 %
in Pflegegrad 2	10 %	10 %

des vereinbarten Tagessatzes.

* Vollstationäre Pflege im Sinne des § 43 SGB XI (siehe Anhang)

(4a) Mit der Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 3, 4 oder 5 werden die Tarife PZT-Komfort, PZT-Komfort (M/F) und PZT 0 für diese Person beitragsfrei gestellt. Für den Beginn und das Ende der Beitragsfreiheit gilt Absatz 1 entsprechend.

(5) Beitragsrückerstattung

a) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Für welche Tarife eine Beitragsrückerstattung gezahlt wird und über die Art und Höhe der Verwendung entscheidet der Vorstand.

b) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigungen oder Leistungserhöhungen im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen oder Leistungserhöhungen entsprechend der Festlegung in den technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.

(6) 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.

§ 4a Dynamisierung

(1) Das vereinbarte Pflegetagegeld wird durch planmäßige Erhöhung des Tagegeldes jährlich jeweils zum 01.07. angepasst, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Anpassung wird ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten, auch für laufende Versicherungsfälle, vorgenommen. Bestehende Sondervereinbarungen gelten entsprechend für das hinzukommende Tagegeld.

Das Pflegetagegeld erhöht sich jeweils in dem Verhältnis, in dem sich die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten gemäß § 159 des sechsten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI) seit der letzten Festsetzung des Pflegetagegeldes bzw. seit dem letzten Widerspruch erhöht hat. Das Pflegetagegeld wird auf volle Euro gerundet.

(2) Jede Erhöhung des Pflegetagegeldes bewirkt eine Erhöhung des Beitrags. Maßgeblich für die Berechnung des Beitrags für das hinzukommende Tagegeld sind das erreichte Alter der versicherten Person sowie die für einen Neuabschluss jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen.

Eine Anpassung entfällt, wenn das Pflegetagegeld um weniger als 5% angehoben oder die tarifliche monatliche Beitragsrate um weniger als 3 Euro erhöht werden müsste.

(3) Die Anpassung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt.

(4) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Erhöhung des Pflegetagegeldes zu widersprechen. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Widerspruch bis zum Ende des Monats, in dem die Anpassung wirksam wird, in Textform beim Versicherer eingeht. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Leistungsanpassung für eine versicherte Person zweimal unmittelbar nacheinander, erlischt für diese versicherte Person das Recht auf alle weiteren Erhöhungen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen.

(2) Bei Aufenthalt im Ausland findet der Leistungsausschluss in Abs. 1 a) nur Anwendung, wenn die versicherte Person in ein Gebiet einreist und/oder sich dort weiterhin aufhält, für das eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gilt. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als

Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden. Sie werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden. Es gelten die gesetzlichen Abtretungsverbote.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, wird jedoch bis zum Versicherungsbeginn gestundet.

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

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet; sie werden in nachgewiesener Höhe berechnet.

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

(6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(7) Der Versicherungsnehmer erhält bei nichtmonatlicher Zahlungsweise (vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) einen Beitragsnachlass (Skonto), der im Antrag genannt wird. Änderungen in der Höhe des Skontos werden bei Beitragsanpassungen im Voraus mitgeteilt.

(8) Für vom Versicherungsnehmer zu vertretende Rückläufer beim Lastschriftverfahren werden die entstandenen Kosten verlangt.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

(5) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach der Höhe des vereinbarten Tagegeldes, nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre.

(6) Für Kinder und Jugendliche ist nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer oder der Häufigkeit von Pflegefällen 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. Diese Gegenüberstellungen werden sowohl getrennt als auch gemeinsam vorgenommen. Ergibt die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten für die Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% oder eine Gegenüberstellung mit Berücksichtigung der Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zu Grunde gelegt.

(3) (entfallen)

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Eintritt und der Wegfall der Leistungspflicht des Trägers der Pflegepflichtversicherung sowie dessen Zuordnung in einen der Pflegegrade und jede Änderung dieser Zuordnung sind dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb von sechs Monaten, in Textform anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden freiwilligen Pflegekrankenversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 3 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre seit Bestehen der anderen freiwilligen Pflegekrankenversicherung ausgeübt werden.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestdauer gemäß § 2 Abs. 4, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden; auch Teilkündigungen des vereinbarten Tagessatzes sind zulässig. Die Gültigkeit von § 1 Abs. 8 bleibt hiervon unberührt.

(3) Abweichend von Absatz 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats kündigen, wenn für diese versicherte Person die Versicherungspflicht in der Pflegepflichtversicherung gemäß SGB XI nicht mehr besteht. Es genügt, wenn der Versicherungsnehmer bei der Kündigung das Ende der Versicherungspflicht glaubhaft macht.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistung gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

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

(7) Verzieht der Versicherungsnehmer ins Ausland, so kann er das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des Monats des Wegzuges kündigen. Kündigt der Versicherungsnehmer erst nach dem Wegzug, gilt die Kündigung als eine Kündigung zum Ende des laufenden Monats.

(8) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die außerordentliche Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) Versicherte Personen haben mit Zustimmung des Versicherungsnehmers das Recht, das ungekündigte Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil bzw. ein rechtskräftiges Urteil zur Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vor, so genügt die Erklärung des Ehegatten bzw. Lebenspartners, der die Fortführung seines Vertragsteils als selbstständige Versicherung wünscht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 3) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AVB/GAW)

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

(1) Die große Anwartschaftsversicherung kann sowohl für bestehende als auch für gleichzeitig mit dem Antrag auf Anwartschaft abzuschließende Krankheitskosten-, Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Kurtagegeld- und Pflegezusatzversicherungen (Grundversicherung) für die Dauer

a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht,

b) eines Anspruchs auf Familienversicherung,

c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,

d) einer Unterbrechung der Berufstätigkeit (nur für die Krankentagegeldversicherung),

e) einer Berufsunfähigkeit (nur für die Krankentagegeldversicherung),

f) eines im Voraus fest vereinbarten Zeitraums bei Vorliegen besonderer Umstände

abgeschlossen werden.

Ein rückwirkender Abschluss einer Anwartschaftsversicherung ist nur möglich, wenn

- einer der Gründe a) bis e) vorliegt und
- die Anwartschaftsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzung wirksam wird und
- innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Eintritt der Voraussetzung ein entsprechender Antrag gestellt wird und die erforderlichen Nachweise erbracht werden.

(2) Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung, soweit sie nicht durch diese Bedingungen geändert oder ergänzt werden. Insbesondere können unter den Voraussetzungen des § 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung die Bedingungen der Anwartschaftsversicherung geändert werden. Werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Grundversicherung geändert, so gilt dies insoweit auch für die Anwartschaftsversicherung.

§ 2 Wirkung

(1) Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Versicherungsschutz aus der Grundversicherung. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn oder während der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, wird im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen nur für den Teil geleistet, der in die Zeit vor Beginn oder nach Ende der Anwartschaftsversicherung fällt.

(2) Mit dem Ende der Anwartschaftsversicherung (§ 3) wird der gewählte (bzw. unterbrochene) Versicherungsschutz der Grundversicherung unter Zugrundelegung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsanpassungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (wieder) in Kraft gesetzt (Umwandlung), in den Fällen von § 1 Abs. 1 a) bis e) nur dann, wenn der Versicherungsnehmer den Wegfall der Voraussetzung innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzeigt und nachweist.

(3) Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung vorgesehenen Wartezeiten angerechnet; Entsprechendes gilt, wenn der Tarif gestaffelte Leistungen in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer vorsieht.

(4) Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

§ 3 Ende

(1) Anwartschaftsversicherungen nach § 1 Abs. 1 a) bis e) enden mit dem Wegfall der Voraussetzung. Anwartschaftsversicherungen nach § 1 Abs. 1 f) enden mit dem Ablauf des vereinbarten Zeitraums.

(2) Der Versicherungsnehmer hat in den Fällen des § 1 Abs. 1 a) bis e) den Wegfall der dort genannten Voraussetzungen innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen. Wird diese Frist nicht eingehalten, so kann der Versicherer die Umwandlung ablehnen oder das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von besonderen Bedingungen abhängig machen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse). Lehnt der Versicherer die Umwandlung ab oder erklärt der Versicherungsnehmer sein Einverständnis zu den besonderen Bedingungen nicht innerhalb einer angemessenen Frist, so endet das Versicherungsverhältnis für die betreffende Person im betreffenden Tarif der Grundversicherung zum Ende des Monats, in dem der Versicherer vom Wegfall der Voraussetzung Kenntnis erhalten hat. Dem Versicherungsnehmer steht in diesem Fall das Recht zu, die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses für andere Tarife der betreffenden Person zum gleichen Zeitpunkt zu verlangen. Eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

(3) Wird die Umwandlung vor Ablauf des im Voraus fest vereinbarten Zeitraums beantragt, so kann der Versicherer das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von besonderen Bedingungen abhängig machen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse).

(4) Nach dem Ende der Anwartschaftsversicherung ist anstelle des Anwartschaftsbeitrags der volle, seiner Berechnung zu Grunde liegende Beitrag für die Grundversicherung (gegebenenfalls einschließlich aller Zu- und Abschläge) zu entrichten.

§ 4 Beitragsberechnung

(1) Für die Dauer der großen Anwartschaftsversicherung ermäßigt sich der zu zahlende Beitrag auf einen Betrag in Prozent des Beitrags der Grundversicherung.

Beginnt die Anwartschaftsversicherung nicht zum Ersten eines Monats oder endet sie nicht zum Ende eines Monats, so sind der Anwartschaftsbeitrag und der Beitrag für die Grundversicherung zeitanteilig zu entrichten.

(2) Bei einer Beitragsanpassung in der Grundversicherung werden die neuen Anwartschaftsbeiträge mit Zustimmung des Treuhänders nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung (AVB/KAW)

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

(1) Die kleine Anwartschaftsversicherung kann sowohl für bestehende als auch für gleichzeitig mit dem Antrag auf Anwartschaft abzuschließende Krankheitskosten-, Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Kurtagegeld- und Pflegezusatzversicherungen (Grundversicherung) für die Dauer

a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht,

b) eines Anspruchs auf Familienversicherung,

c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,

d) einer Unterbrechung der Berufstätigkeit (nur für die Krankentagegeldversicherung),

e) einer Berufsunfähigkeit (nur für die Krankentagegeldversicherung),

f) eines im Voraus fest vereinbarten Zeitraums bei Vorliegen besonderer Umstände

abgeschlossen werden.

Ein rückwirkender Abschluss einer Anwartschaftsversicherung ist nur möglich, wenn

- einer der Gründe a) bis e) vorliegt und
- die Anwartschaftsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzung wirksam wird und
- innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Eintritt der Voraussetzung ein entsprechender Antrag gestellt wird und die erforderlichen Nachweise erbracht werden.

(1a) Zudem kann die kleine Anwartschaftsversicherung von Personen abgeschlossen werden, deren berufliches Ziel eine Beamtenlaufbahn ist, die zunächst mit dem Status Beamter auf Widerruf beginnt.

(2) Für Personen, die bei Abschluss der Anwartschaftsversicherung das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Dauer der Anwartschaft auf insgesamt zwölf Jahre, höchstens jedoch auf die Zeit bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres beschränkt. Bei der Berechnung dieser Höchstdauer werden auch etwaige vorherige Anwartschaftsversicherungen berücksichtigt. Dies gilt jedoch nicht, soweit eine Anwartschaftsversicherung in der Zeit vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt.

Für Personen, die bei Abschluss der Anwartschaftsversicherung das 35. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist die Dauer der Anwartschaftsversicherung auf insgesamt fünf Jahre beschränkt. Bei der Berechnung dieser Höchstdauer werden auch etwaige vorherige Anwartschaftsversicherungen ab dem 35. Lebensjahr berücksichtigt.

(3) Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung, soweit sie nicht durch diese Bedingungen geändert oder ergänzt werden. Insbesondere können unter den Voraussetzungen, unter denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung geändert werden können, die Bedingungen der Anwartschaftsversicherung geändert werden. Werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Grundversicherung geändert, so gilt dies insoweit auch für die Anwartschaftsversicherung.

§ 2 Wirkung

(1) Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Versicherungsschutz aus der Grundversicherung. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn oder während der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, wird im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen nur für den Teil geleistet, der in die Zeit vor Beginn oder nach Ende der Anwartschaftsversicherung fällt.

(2) Mit dem Ende der Anwartschaftsversicherung (§ 3) wird der gewählte (bzw. unterbrochene) Versicherungsschutz der Grundversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (wieder) in Kraft gesetzt (Umwandlung), in den Fällen von § 1 Abs. 1 a) bis e) nur dann, wenn der Versicherungsnehmer den Wegfall der dort genannten Voraussetzung innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzeigt und nachweist.

(2a) Im Fall von § 1 Abs. 1a wird mit dem Ende der Anwartschaftsversicherung (§ 3) der gewählte (bzw. unterbrochene) Versicherungsschutz der Grundversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (wieder) in Kraft gesetzt (Umwandlung), wenn der Versicherungsnehmer den Nachweis über die Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Widerruf innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzeigt und nachweist.

(3) Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung vorgesehenen Wartezeiten und auf die vereinbarte Mindestdauer des Vertrags angerechnet. Ansonsten bleibt die Anzahl der zurückgelegten Versicherungsjahre während der Dauer der Anwartschaftsversicherung unverändert. Entsprechend verschiebt sich das ursprüngliche Eintrittsalter.

(4) Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

§ 3 Ende

(1) Anwartschaftsversicherungen nach § 1 Abs. 1 a) bis e) enden mit dem Wegfall der Voraussetzung, spätestens nach Ablauf der Höchstdauer nach § 1 Abs. 2. Anwartschaftsversicherungen nach § 1 Abs. 1 f) enden mit dem Ablauf des vereinbarten Zeitraums.

(1a) Anwartschaftsversicherungen nach § 1 Abs. 1a enden mit der Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Widerruf, spätestens nach Ablauf der Höchstdauer nach § 1 Abs. 2.

(2) Der Versicherungsnehmer hat in den Fällen des § 1 Abs. 1 a) bis e) den Wegfall der dort genannten Voraussetzung innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen. Im Fall des § 1 Abs. 1a hat der Versicherungsnehmer die Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Widerruf innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen. Wird diese Frist nicht eingehalten, so kann der Versicherer die Umwandlung ablehnen oder von besonderen Bedingungen abhängig machen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse). Lehnt der Versicherer die Umwandlung ab oder erklärt der Versicherungsnehmer sein Einverständnis zu den besonderen Bedingungen nicht innerhalb einer angemessenen Frist, so endet das Versicherungsverhältnis für die betreffende Person im betreffenden Tarif der Grundversicherung zum Ende des Monats, in dem der Versicherer vom Wegfall der Voraussetzung Kenntnis erhalten hat. Dem Versicherungsnehmer steht in diesem Fall das Recht zu, die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses für andere Tarife der betreffenden Person zum gleichen Zeitpunkt zu verlangen. Eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

(3) Wird die Umwandlung vor Ablauf des im Voraus fest vereinbarten Zeitraums beantragt, so kann der Versicherer das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von besonderen Bedingungen abhängig machen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse).

(4) Der Versicherungsnehmer hat während der Dauer der kleinen Anwartschaftsversicherung das Recht, einen Wechsel in eine große oder (soweit die Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind) langfristige Anwartschaftsversicherung zu verlangen (Umstufung).

(5) Nach der Umwandlung ist anstelle des Anwartschaftsbeitrags der dann gültige Beitrag für eine mit dem erreichten Alter neu eintretende Person zu entrichten, wobei eine gegebenenfalls vorhandene Alterungsrückstellung aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Auf diesen Beitrag werden, falls vor Beginn der Anwartschaftsversicherung vereinbart, Zuschläge in prozentual unveränderter Höhe erhoben.

(6) Nach einer Umstufung in eine große bzw. langfristige Anwartschaftsversicherung ist für die Berechnung des dann gültigen Anwartschaftsbeitrags als Beitrag der Grundversicherung derjenige maßgeblich, der sich nach dem Ende der kleinen Anwartschaftsversicherung aus Abs. 4 ergibt. Für die große bzw. langfristige Anwartschaftsversicherung gelten dann die zum Zeitpunkt der Umstufung gültigen Bedingungen für die jeweilige Anwartschaftsversicherung.

(7) Endet die kleine Anwartschafts-

versicherung wegen des Ablaufs der Höchstdauer nach § 1 Abs. 2, erfolgt die Umstufung in eine große Anwartschaftsversicherung. Der Versicherungsnehmer hat zum Zeitpunkt der Umwandlung das Recht, die Aufhebung der Grundversicherung zu verlangen. Dieses Recht kann er bis zwei Monate nach der Umstufung bzw. der Umwandlung ausüben.

(8) Kommt der Versicherungsnehmer der Aufforderung des Versicherers, das Fortbestehen der Voraussetzungen für die kleine Anwartschaftsversicherung nachzuweisen, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nicht nach, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis für die betreffende Person im betreffenden Tarif umgehend beenden.

§ 4 Beitragsberechnung

(1) Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung ermäßigt sich der zu zahlende Beitrag auf einen Betrag in Prozent des Beitrags der Grundversicherung. Beginnt die Anwartschaftsversicherung nicht zum Ersten eines Monats oder endet sie nicht zum Ende eines Monats, so sind der Anwartschaftsbeitrag und der Beitrag für die Grundversicherung zeitanteilig zu entrichten.

(2) Soweit in den Fällen des § 1 Abs. 1 a) oder b) eine Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung wegen Arbeitslosigkeit zu Grunde liegt, werden bei einer Umwandlung (vgl. § 2 Abs. 2) die während der Zeit der kleinen Anwartschaftsversicherung gezahlten Beiträge auf die ab Beginn der Umwandlung zu zahlenden Beiträge angerechnet.

(3) Bei einer Beitragsanpassung in der Grundversicherung werden die neuen Anwartschaftsbeiträge mit Zustimmung des Treuhänders nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

Gesetzesauszüge

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 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.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 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.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie 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 die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen,

zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

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

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

§ 152 Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet; und

2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 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 Aufwendungserstattung 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.

Sozialgesetzbuch III (SGB III)

§ 136 Anspruch auf Arbeitslosengeld

(1) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf Arbeitslosengeld

1. bei Arbeitslosigkeit oder
2. bei beruflicher Weiterbildung.

(2) Wer das für die Regelaltersrente im Sinne des Sechsten Buches erforderliche Lebensjahr vollendet hat, hat vom Beginn des folgenden Monats an keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld.

§ 146 Leistungsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

(1) Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld infolge Krankheit unverschuldet arbeitsunfähig oder während des Bezugs von Arbeitslosengeld auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung mit einer Dauer von bis zu sechs Wochen (Leistungsfortzahlung). Als unverschuldet im Sinne des Satzes 1 gilt auch eine Arbeitsunfähigkeit, die infolge einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation durch eine Ärztin oder einen Arzt oder infolge eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft eintritt. Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch eine Ärztin oder einen Arzt abgebrochen wird, die Schwangere den Abbruch verlangt und der Ärztin oder dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle beraten lassen hat.

(2) Eine Leistungsfortzahlung erfolgt auch im Fall einer nach ärztlichem Zeugnis erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes der oder des Arbeitslosen mit einer Dauer von bis zu zehn Tagen, bei alleinerziehenden Arbeitslosen mit einer Dauer von bis zu 20 Tagen für jedes Kind in jedem Kalenderjahr, wenn eine andere im Haushalt der oder des Arbeitslosen lebende Person diese Aufgabe nicht übernehmen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Arbeitslosengeld wird jedoch für nicht mehr als 25 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 50 Tage in jedem Kalenderjahr fortgezahlt.

(3) Die Vorschriften des Fünften Buches, die bei Fortzahlung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber im Krankheitsfall sowie bei Zahlung von Krankengeld im Fall der Erkrankung eines Kindes anzuwenden sind, gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 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.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachsorge von Organspendern nach § 8 Absatz 4 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue

Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

§ 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.

Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kate-

gorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:

1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik, sowie Vorschläge zur möglichen Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments,
2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von
   a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,
   b) demographischen Faktoren und
   c) sozioökonomischen Einflüssen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4.	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12.

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4.	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent" oder „vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4.	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen in direktem Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	**10 %**	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0–1	2–5	6–10	11–16	17–33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1–2	3–4	5–6	7–65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4	Selbstversorgung	40 %	0–2	3–7	8–18	19–36	37–54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2–3	4–5	6–15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1–3	4–6	7–11	12–18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7	Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8	Haushaltsführung							

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

1. wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren.
Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Soldatenentschädigungsgesetz oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht

1. für die Dauer der häuslichen Krankenpflege,
2. bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr,
3. bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie
4. in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.

§ 43 Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

2. 1.319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,

3. 1.855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,

4. 2.096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der

nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert wird. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 126 Zulagenberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung

gewährt,

3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,

4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,

5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß den §§ 18 bis 18c folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,

6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,

7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,

8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,

2. die Höhe der für die zulagenfähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,

3. die Vertragsdaten,

4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagennummer der zulagenberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagennummer,

5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,

6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulagenberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie

7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

[in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

aktuelle Fassung

§ 1 Lebenspartnerschaft

Nach dem 30. September 2017 können Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts nicht mehr begründet werden. Dieses Gesetz gilt für

1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und
2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist.

Hinweise zum Datenschutz

Stand: 1. Mai 2026

Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die LVM Krankenversicherungs-AG

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die LVM Krankenversicherungs-AG (LVM) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Ihre Rechte können Sie bei der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stelle geltend machen. Die jeweils aktuellen Datenschutzhinweise und weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.lvm.de/datenschutz.

Wer ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich?

Für die Datenverarbeitung ist die im Antrag angegebene Gesellschaft der LVM verantwortlich. Die für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle erreichen Sie unter

LVM Krankenversicherungs-AG
Kolde-Ring 21, 48126 Münster
Tel.: 0251 702-0, E-Mail: info@lvm.de

Wo können Sie sich über den Datenschutz informieren?

Sie können allgemeine Fragen zum Thema Datenschutz an das Team Datenschutz richten. Das Team Datenschutz erreichen sie unter der oben genannten Anschrift mit dem Zusatz „Datenschutz" oder per E-Mail unter datenschutz@lvm.de

Wie erreichen Sie den Datenschutzbeauftragten der LVM?

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der oben genannten Anschrift mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter" oder per E-Mail unter datenschutzbeauftragter@lvm.de.

Warum benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten?

Wenn Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz stellen, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zum Vertragsabschluss oder zur Rechnungsstellung. Angaben zu Schäden oder zu Leistungsfällen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten der mit der LVM bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung bei Vertragsanpassungen oder -ergänzungen, im Rahmen von Ermessensentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Besondere Regelungen gelten für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und gegebenenfalls eine Entbindung von der Schweigepflicht. Diese werden separat vertrags- oder fallbezogen eingeholt.

Werden Ihre Daten für andere Zwecke genutzt?

Ihre Daten verarbeiten wir im Rahmen der rechtlichen Rahmenbedingungen auch, um berechtigte Interessen der LVM oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der LVM und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder im Rahmen unserer Beratungspflicht.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Woher erhalten wir Ihre personenbezogenen Daten?

Ihre personenbezogenen Daten erhalten wir insbesondere durch Sie im Rahmen der Antragstellung sowie im weiteren Vertragsverlauf des Versicherungsproduktes. Daneben können wir Ihre personenbezogenen Daten auch von Dritten erhalten. Beispiele dafür sind der Adressabgleich bei der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG oder die Abfrage von Bonitätsdaten bei einer der unten genannten Wirtschaftsauskunfteien.

Zudem können wir Daten im Rahmen eines Versichererwechsels zu Ihrer elektronischen Patientenakte (ePA) von Ihrem vorherigen Versicherer bzw. aus der Telematikinfrastruktur (TI) erhalten, wenn Sie bei uns eine Krankheitskostenvoll- oder Beihilferestkostenversicherung abschließen. Dies betrifft auch einen etwaig von Ihnen erklärten Widerspruch gegen die Nutzung der ePA. Weitergehende Informationen zum Datenschutz im Rahmen der Nutzung der ePA finden Sie unter www.lvm.de/datenschutz.

Wann löschen/sperren wir Ihre gespeicherten Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten so lange aufbewahrt werden, wie Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (z. B. im Rahmen von gesetzlichen Verjährungsfristen von 3 oder bis zu 30 Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 10 Jahre.

Ihre vertragsbezogenen Daten sperren wir 10 Jahre nach Ablauf Ihres Vertrags, sofern dem keine weitergehenden Aufbewahrungspflichten, Nachmeldefristen oder Leistungsversprechen unsererseits entgegenstehen. Damit stehen diese Daten der Sachbearbeitung nicht mehr zur Verfügung und können auch nicht weiterverarbeitet werden. Da Kunden aber häufiger auf ältere Unterlagen zurückgreifen wollen oder müssen, können gesperrte Daten nach einem Prüfprozess durch das Team Datenschutz im Kundeninteresse für einen kurzen Zeitraum wieder entsperrt werden.

Angebote und Anträge, die nicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrags führen, werden 3 Jahre nach Eingang physisch gelöscht, sofern diese nicht mehr – beispielsweise für aktuelle Vertragsverhandlungen – benötigt werden.

Welche Rechtsgrundlagen liegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Grunde?

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist gesetzlich geregelt. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten beruht in der Regel auf Basis von Artikel 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vorvertragliche Maßnahmen oder Erfüllung eines Vertrages). Sollte Verarbeitung auf Basis einer Einwilligung erfolgen, so sind insbesondere die Artikel 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a i.V.m. Artikel 7 DSGVO maßgeblich. Eine Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Bei einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen

Daten im Rahmen des berechtigten Interesses der LVM beziehen wir uns auf Artikel 6 Abs. 1. lit. f DSGVO.

Eine Einwilligung ist nicht notwendig, wenn die Verarbeitung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist (Artikel 9 Abs. 2 lit. f DSGVO).

Gibt es weitere Regelungen für die Verarbeitung?

Über die gesetzlichen Regelungen hinaus hat sich die deutsche Versicherungswirtschaft in eigenen Verhaltensregeln – dem sogenannten Code of Conduct – verpflichtet, weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Diese Verhaltensregeln sind mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt und gelten für alle beigetretenen Versicherungsunternehmen. Die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" können Sie im Internet unter www.lvm.de/datenschutz abrufen oder direkt unter datenschutz@lvm.de anfordern.

Die LVM Krankenversicherungs-AG hat sich frühzeitig zur Einhaltung dieser Verhaltensregeln verpflichtet.

Tauschen wir Daten mit Ihrem früheren Versicherer aus?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten, mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Wann holen wir Auskünfte über Ihre Bonität ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei

Infoscore Consumer Data GmbH
Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

oder bei

Schufa Holding AG
Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Ein berechtigtes Interesse liegt unsererseits mindestens dann vor, wenn bereits vor der ersten Beitragszahlung Versicherungsschutz bestehen soll.

Nähere Informationen gemäß Art. 14 DSGVO zur Verarbeitung Ihrer Daten bei der Infoscore Consumer Data GmbH stellt Ihnen diese unter https://finance.arvato.com/icdinfoblatt/ zur Verfügung. Die Schufa Holding AG stellt Ihnen diese Informationen unter https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/ zur Verfügung.

Wann geben wir Ihre Daten an Dritte weiter?

Vermittler: Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, übermittelt unser Unternehmen die notwendigen Daten an die Sie betreuenden Vermittler. Dies erfolgt nur in dem für die Betreuung und Beratung benötigten Umfang.

Dienstleister und Erfüllungsgehilfen: Die LVM nutzt Dienstleister und Erfüllungsgehilfen für die Erfüllung spezieller Aufgaben. Mit diesen Stellen haben wir vertragliche Vereinbarungen zur Datenverarbeitung geschlossen und deren Mitarbeiter wurden auf das Datengeheimnis verpflichtet. Beispiele hierfür sind Gutachter oder Unterstützungsleistungen im Leistungsfall.

Auftragsverarbeiter: Wir haben mit einigen Dienstleistern gesonderte vertragliche Vereinbarungen getroffen. Diese Dienstleister werden dann für uns als Auftragsverarbeiter im Sinne von Art. 28 DSGVO tätig.

Rückversicherer: Von uns übernommene Risiken versichern wir gegebenenfalls bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an den Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Wahrung unserer berechtigten Interessen oder zur Absicherung Ihres Vertrags erforderlich ist. Sie können weitere Informationen unter den eingangs genannten Kontaktinformationen beim Verantwortlichen oder beim Team Datenschutz anfordern.

Datenverarbeitung innerhalb der Unternehmensgruppe: Spezialisierte Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen Aufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Unternehmensgruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in übergreifenden Datenbeständen verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Datenübermittlung in ein Drittland: Bei Unfällen außerhalb der EU oder Krankheiten in Ländern außerhalb der EU oder des europäischen Wirtschaftsraums kann es zu Datenübermittlungen kommen. In Notfällen erfolgt eine derartige Datenübermittlung in Ihrem Interesse und zur Minimierung der Folgen. Sollten bei geplanten Übermittlungen personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermittelt werden, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Sie können die Informationen auch unter den eingangs genannten Kontaktinformationen beim Verantwortlichen oder beim Team Datenschutz anfordern.

Weitere Empfänger: Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an **Behörden** zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Liste der Dienstleister: Die Dienstleisterliste liegt Ihren Versicherungsunterlagen bei. Die jeweils aktuelle Dienstleisterliste können Sie unter www.lvm.de/datenschutz abrufen oder unter datenschutz@lvm.de anfordern.

Gibt es automatisierte Entscheidungsprozesse?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko oder zu Schäden entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse, über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie oder über unsere Leistungspflicht auf Basis von verabschiedeten Regeln.

Sollten vollautomatisiert Entscheidungen ohne menschliche Einflussnahme durchgeführt werden, werden Sie mit der Rückmeldung darauf hingewiesen, sofern Ihrem Begehren nicht stattgegeben wurde (Negativentscheidung). Sie haben das Recht, weitere Informationen über Art und Umfang der Verarbeitung zu erhalten und eine Prüfung durch einen Mitarbeiter vornehmen zu lassen.

Welche Rechte haben Sie gegenüber der LVM?

Ihre Rechte können Sie unter der eingangs angegebenen Anschrift der verantwortlichen Stelle oder beim Team Datenschutz über den eingangs angegebenen Kontaktweg geltend machen.

Auskunft, Berichtigung, Löschung: Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Einschränkung der Verarbeitung: Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten zustehen.

Datenübertragung: Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht zu, die Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu verlangen.

Widerspruchsrechte:

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Wo können Sie sich über den Datenschutz der LVM beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den eingangs genannten Datenschutzbeauftragten der LVM oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für die LVM zuständige Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter

LDI NRW
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft – Code of Conduct (Stand: 08/2018)

I. Einleitung

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt, um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und aller einschlägigen bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die beigetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenminimierung in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Unternehmen, die die branchenintern Verhaltensregeln anwenden, stellen damit nach Auffassung der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder damit sicher, dass die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung für die Versicherungswirtschaft branchenspezifisch konkretisiert werden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beigetreten sind, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der beigetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die beigetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung erarbeitet. Die beigetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert – angepasst an ihre Geschäftsabläufe – Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen.

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die datenschutzrechtlichen Regelungen für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die beigetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller beigetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutz- und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die beigetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundliche Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. Begriffsbestimmungen

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes.
Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben sowie mit diesem in einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen verbundene Erstversicherungsunternehmen, einschließlich Pensionsfonds, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind,

Versicherungsverhältnis:

Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden vorvertraglichen Maßnahmen und rechtlichen Verpflichtungen,

Betroffene Personen:

Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:

- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,
- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:

Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:

außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende betroffene Personen, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet,

Geschädigte:

Personen, die einen Schaden erlitten haben oder erlitten haben könnten, wie z. B. Anspruchsteller in der Haftpflichtversicherung,

Datenverarbeitung:

Erheben, Erfassen, Organisieren, Ordnen, Speichern, Anpassen oder Verändern, Auslesen, Abfragen, Verwenden, Offenlegen durch Übermitteln, Verbreiten oder Bereitstellen in einer anderen Form, Abgleichen oder Verknüpfen oder Einschränken der Verarbeitung sowie Löschen oder Vernichten personenbezogener Daten,

Datenerhebung:

das Beschaffen von Daten über die betroffenen Personen,

Automatisierte Verarbeitung:

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Automatisierte Entscheidung:

Eine Entscheidung gegenüber einer einzelnen Person, die auf eine ausschließlich automatisierte Verarbeitung gestützt wird, ohne dass eine inhaltliche Bewertung und darauf gestützte Entscheidung durch eine natürliche Person stattgefunden hat,

Stammdaten:

die allgemeinen Daten der betroffenen Personen: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge (wie Vertragsstatus, Beginn- und Ablaufdaten, Versicherungsnummer(n), Zahlungsart, Rollen der betroffenen Person (z. B. Versicherungsnehmer, versicherte Person, Beitragszahler, Anspruchsteller), sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Authentifizierungsdaten für die elektronische oder telefonische Kommunikation, Werbesperren und andere Widersprüche, Werbeeinwilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler und mit den genannten Beispielen vergleichbare Daten,

Dienstleister:

andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragsverarbeiter:

eine natürliche oder juristische Person, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des verantwortlichen Unternehmens verarbeitet,

Vermittler:

selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter, oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

Schutzwürdige Interessen:

Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, insbesondere dann, wenn es sich bei der betroffenen Person um ein Kind handelt.

III. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

(1) Die Verhaltensregeln gelten für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis insbesondere die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht. Zum Versicherungsgeschäft gehören auch die Gestaltung und Kalkulation von Tarifen und Produkten.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere die EU-Datenschutz-Grundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz.

Art. 2 Zwecke der Verarbeitung

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt für die Zwecke des Versicherungsgeschäfts grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung von Versicherungsverhältnissen erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach dem

Versicherungsvertragsgesetz (VVG), zur Prüfung einer Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Sie erfolgt auch zur Prüfung und Regulierung der Ansprüche Geschädigter in der Haftpflichtversicherung, zur Prüfung und Abwicklung von Regressforderungen, zum Abschluss und zur Durchführung von Rückversicherungsverträgen, zur Entwicklung von Tarifen, Produkten und Services, zur Erstellung von Statistiken, für versicherungsrelevante Forschungszwecke, z. B. Unfallforschung, zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den betroffenen Personen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet. Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die betroffenen Personen nach Artikel 7 bzw. 8 dieser Verhaltensregeln darüber informiert wurden oder wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenverarbeitung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der betroffenen Person entsprechender und nachvollziehbarer Weise zu verarbeiten.

(2) Die Datenverarbeitung richtet sich an dem Ziel der Datenminimierung und Speicherbegrenzung aus. Personenbezogene Daten werden vorbehaltlich der Zwecke Forschung und Statistik nach Maßgabe des Art. 5 Abs. 1 lit. e) DSGVO in einer Form gespeichert, die die Identifizierung der betroffenen Personen nur so lange ermöglicht, wie es für die Zwecke der Verarbeitung erforderlich ist. Insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei wird die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorgezogen.

(3) Das Unternehmen trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und erforderlichenfalls auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. Es werden alle angemessenen Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten unverzüglich berichtigt, gelöscht oder in der Verarbeitung eingeschränkt werden.

(4) Die Maßnahmen nach den vorstehenden Absätzen werden dokumentiert. Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Art. 4 Abs. 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen getroffen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten. Dabei werden angemessene Maßnahmen getroffen, die insbesondere gewährleisten können, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit). Mittel hierzu sind insbesondere Berechtigungskonzepte, Pseudonymisierung oder Verschlüsselung personenbezogener Daten.
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unversehrt, vollständig und aktuell bleiben (Integrität).
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit, Belastbarkeit).
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität).
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise eingegeben, übermittelt und verändert hat (Revisionsfähigkeit).
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

(2) Die in den Unternehmen veranlassten Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird. Es beinhaltet insbesondere Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung und Bewertung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

Art. 5 Einwilligung

(1) Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen gestützt wird, stellt das Unternehmen sicher, dass diese freiwillig, in informierter Weise und unmissverständlich bekundet wird, wirksam und nicht widerrufen ist. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten – insbesondere Daten über die Gesundheit – verarbeitet werden, muss die diesbezügliche Einwilligung ausdrücklich abgegeben sein.

(2) Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die betroffenen Personen zuvor über die Verantwortliche(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenverarbeitung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind. Art. 7 Abs. 3 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(4) Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die betroffenen Personen werden über die Möglichkeiten und Folgen des Widerrufs einer Einwilligungserklärung informiert. Mögliche Folge eines wirksamen Widerrufs kann insbesondere sein, dass eine Leistung nicht erbracht werden kann.

(5) Wird die Einwilligung schriftlich oder elektronisch zusammen mit anderen Erklärungen eingeholt, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt.

(6) Eine Einwilligung kann schriftlich, elektronisch oder mündlich erteilt werden. Das Unternehmen wird die Erklärung so dokumentieren, dass der Inhalt der jeweils erteilten Einwilligungserklärung nachgewiesen werden kann. Auf Verlangen wird den betroffenen Personen der Erklärungsinhalt zur Verfügung gestellt.

(7) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies den betroffenen Personen unverzüglich schriftlich oder in Textform zu bestätigen.

Art. 6 Besondere Kategorien personenbezogener Daten

(1) Besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden auf gesetzlicher Grundlage (insbesondere Art. 6 i. V. m. Art. 9 Datenschutz-Grundverordnung) oder mit Einwilligung der betroffenen Personen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben und verarbeitet. Eine Einwilligung muss sich ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage ist zulässig, insbesondere wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. Das gilt beispielsweise für die Prüfung und Abwicklung der Ansprüche von Versicherten sowie von Geschädigten in der Haftpflichtversicherung.

(3) Darüber hinaus kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten betroffener Personen ohne deren Einwilligung erfolgen zur Geltendmachung, Prüfung und Abwicklung von gesetzlich geregelten Regressforderungen einerseits des Unternehmens oder andererseits eines Dritten, der gegenüber den betroffenen Personen eine Leistung erbracht hat, wie beispielsweise zur Prüfung und Abwicklung der Regressforderungen eines Sozialversicherungsträgers, Arbeitgebers oder privaten Krankenversicherers.

(4) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten kann im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch dann zulässig sein, soweit es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung erforderlich ist.

(5) Ebenso kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ohne Einwilligung erfolgen zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen oder anderer Personen, wenn diese aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, ihre Einwilligung zu geben, insbesondere wenn für diese Personen Assistance-Leistungen (z. B. Notrufdienste, Krankentransport aus dem Ausland oder Koordination der medizinischen Behandlung) vereinbart und sie im Leistungsfall außer Stande sind, ihre Einwilligung abzugeben, z. B. weil nach einem Unfall ein Krankentransport für eine bewusstlose Person nötig ist.

(6) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten erfolgt auch auf gesetzlicher Grundlage zu statistischen Zwecken sowie zu Forschungszwecken nach Maßgabe von Artikel 10 dieser Verhaltensregeln.

IV. Datenerhebung

Art. 7 Grundsätze zur Datenerhebung und Informationen bei Datenerhebung bei der betroffenen Person

(1) Personenbezogene Daten werden in nachvollziehbarer Weise erhoben. Bei Versicherten und Antragstellern werden die Mitwirkungspflichten nach §§ 19, 31 VVG berücksichtigt.

(2) Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden erhoben und verarbeitet, wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist. Das gilt insbesondere für die Erhebung von Daten von Zeugen oder von Geschädigten anlässlich einer Leistungsprüfung und -erbringung in der Haftpflichtversicherung und für Datenverarbeitungen zur Erfüllung von Direktansprüchen in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Erfüllung von gesetzlichen Meldepflichten. Daten nach Satz 1 können auch erhoben und verarbeitet werden, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen dieser Personen nicht überwiegen, beispielsweise wenn Daten eines Rechtsanwalts oder einer Reparaturwerkstatt zur Korrespondenz im Leistungsfall benötigt werden.

(3) Die Unternehmen stellen sicher, dass die betroffenen Personen zur Gewährleistung der Transparenz und zur Wahrung ihrer Rechte über Folgendes unterrichtet werden:

a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),

b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,

c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,

d) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,

e) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 13 Abs. 1 lit. f) DSGVO,

f) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,

g) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde sowie über ein ggf. bestehendes Widerspruchsrecht,

h) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,

i) eine ggf. gesetzlich oder vertraglich bestehende oder für einen Vertragsschluss erforderliche Pflicht zur Angabe der Daten und die Folgen der Nichtangabe und

j) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits auf andere Weise Kenntnis von ihr erlangt haben.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der betroffenen Personen

(1) Daten werden ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhoben, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung von Versicherungsverhältnissen und insbesondere auch zur Prüfung und Bearbeitung von Leistungsansprüchen erforderlich ist. Das gilt beispielsweise, wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebens- und Unfallversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt oder er in der Haftpflichtversicherung Angaben über den Geschädigten oder Zeugen macht. Ohne Mitwirkung der betroffenen Person können personenbezogene Daten auch zu Zwecken nach Art. 10 Abs. 1 erhoben werden.

(2) Die Erhebung von Gesundheitsdaten oder genetischen Daten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen und nach Maßgabe des § 213 VVG und § 18 GenDG, soweit diese Vorschriften anzuwenden sind. Die Erhebung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten bei Dritten kann auch erforderlich sein in den in Artikel 6 Absatz 2 bis 5 dieser Verhaltensregeln genannten Fällen.

(3) Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhebt, stellt sicher, dass die betroffenen Personen innerhalb einer im Einzelfall angemessenen Frist, längstens jedoch innerhalb eines Monats, nach der ersten Erlangung der Daten informiert werden über:

a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),

b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,

c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,

d) die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,

e) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,

f) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 14 Abs. 1 lit. f) DSGVO,

g) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,

h) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde,

i) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,

j) die Quelle der personenbezogenen Daten bzw. ob sie aus einer öffentlich zugänglichen Quelle stammen und

k) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

Falls die Daten zur Kommunikation mit den betroffenen Personen verwendet werden sollen, erfolgt die Information spätestens mit der ersten Mitteilung an sie, zum Beispiel in Fällen der Benennung von Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung bei Eintritt des Leistungsfalls oder in Fällen der Benennung von Berechtigten für Notfälle, wenn dieser eintritt. Falls die Offenlegung an einen anderen Empfänger beabsichtigt ist, erfolgt die Information spätestens zum Zeitpunkt der ersten Offenlegung.

(4) Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits über die Informationen verfügen, sich die Erteilung der Informationen als unmöglich erweist oder die Information einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde, insbesondere wenn Daten für statistische oder wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden oder wenn gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist. Die Information unterbleibt auch, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen. Dies betrifft beispielsweise Fälle in der Lebensversicherung, in denen sich der Versicherungsnehmer wünscht, dass ein Bezugsberechtigter nicht informiert wird.

(5) Ebenso unterbleibt die Information nach Maßgabe des § 33 Abs. 1 Nr. 2 Bundesdatenschutzgesetz in Verbindung mit Art. 23 Abs. 1 lit. j) DSGVO, wenn:

- sie die Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung zivilrechtlicher Ansprüche beeinträchtigen würde oder die Verarbeitung von personenbezogenen Daten aus zivilrechtlichen Verträgen beinhaltet und der Verhütung von Schäden durch Straftaten dient, sofern nicht das berechtigte Interesse der betroffenen Person an der Informationserteilung überwiegt oder
- das Bekanntwerden der Informationen die behördliche Strafverfolgung gefährden würde.

Daher erfolgt regelmäßig keine Information über Datenerhebungen zur Aufklärung von Widersprüchlichkeiten gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln.

(6) In den Fällen des Absatzes 5 ergreift das Unternehmen geeignete Maßnahmen zum Schutz der berechtigten Interessen der betroffenen Personen (z. B. Prüfung und gegebenenfalls Veranlassung weiterer Zugriffsbeschränkungen). Sofern das Unternehmen von einer Information absieht, dokumentiert es die Gründe dafür.

V. Verarbeitung Personenbezogener Daten

Art. 9 Verarbeitung von Stammdaten in der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern, Versicherten und weiteren Personen sowie Angaben über den Zusammenhang mit bestehenden Verträgen zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren verarbeitet werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach Maßgabe des Art. 4 dieser Verhaltensregeln (z. B. Berechtigungskonzepte) den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln durch den oder die für das Verfahren Verantwortlichen gewährleistet ist.

(2) Stammdaten werden aus gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur weiterverarbeitet, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) Erfolgt eine gemeinsame Verarbeitung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert. Dazu hält das Unternehmen eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(4) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe weitere Datenverarbeitungen vor oder finden gemeinsame Verarbeitungen mehrerer Mitglieder der Gruppe statt, richtet sich dies nach Artikel 21 bis 22a dieser Verhaltensregeln.

Art. 10 Statistik, Tarifkalkulation und Prämienberechnung

(1) Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. Dazu werten Unternehmen neben Daten aus Versicherungsverhältnissen, Leistungs- und Schadenfällen auch andere Daten von Dritten (z. B. des Kraftfahrtbundesamtes) aus.

(2) Die Unternehmen stellen durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicher, dass die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung gewahrt werden, insbesondere dass die Verarbeitung personenbezogener Daten auf das für die jeweilige Statistik notwendige Maß beschränkt wird. Zu diesen Maßnahmen gehört die frühzeitige Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Daten, sofern es möglich ist, den Statistikzweck auf diese Weise zu erfüllen.

(3) Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder Risikoklassifizierungen erfolgt grundsätzlich nur in anonymisierter oder – soweit für den Statistikzweck erforderlich – pseudonymisierter Form. Ein Rückschluss auf die betroffenen Personen durch diese Verbände erfolgt nicht. Absatz 2 gilt entsprechend. Für Kraftfahrt- und Sachversicherungsstatistiken können auch Datensätze mit personenbeziehbaren Sachangaben wie z. B. Kfz-Kennzeichen, Fahrzeugidentifikationsnummern oder Standortdaten von Risikoobjekten wie beispielsweise Gebäuden übermittelt werden.

(4) Für Datenverarbeitungen zu statistischen Zwecken können Unternehmen auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, verarbeiten, wenn dies für den jeweiligen Statistikzweck erforderlich ist und die Interessen des Unternehmens an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Personen an einem Ausschluss von der Verarbeitung erheblich überwiegen. Das gilt z. B. für Statistiken zur Entwicklung und Überprüfung von Tarifen oder zum gesetzlich vorgeschriebenen Risikomanagement. Die Unternehmen treffen in diesen Fällen angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen und insbesondere der in Artikel 3 und 4 geregelten Grundsätze. Zu den spezifischen Maßnahmen gehören wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit der Daten beispielsweise:

- die Sensibilisierung der an den Verarbeitungen beteiligten Mitarbeiter und Dienstleister,
- die Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Absatz 2 Satz 2,
- die Beschränkung des Zugangs zu den personenbezogenen Daten innerhalb der Unternehmen oder beim Dienstleister und
- Verschlüsselung beim Transport personenbezogener Daten.

Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Statistikzweck möglich ist, es sei denn, der Anonymisierung stehen berechtigte Interessen der betroffenen Personen entgegen. Bis dahin werden die Identifikationsmerkmale, mit denen Einzelangaben einer betroffenen Person zugeordnet werden könnten, gesondert gespeichert. Diese Identifikationsmerkmale dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Statistikzweck dies erfordert.

(5) Die betroffenen Personen können der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten für eine Statistik widersprechen, wenn aufgrund ihrer persönlichen Situation Gründe vorliegen, die der Verarbeitung ihrer Daten zu diesem Zweck entgegenstehen. Das Widerspruchsrecht besteht nicht, wenn die Verarbeitung zur Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe (z. B. der Beantwortung von Anfragen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erforderlich ist.

(6) Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden Tarife nach Absatz 1 auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. Hierzu werden auch personenbezogene Daten einschließlich ggf. besonderer Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, verwendet, die nach Maßgabe dieser Verhaltensregeln verarbeitet worden sind.

(7) Die Versicherungswirtschaft verarbeitet personenbezogene Daten entsprechend den vorstehenden Absätzen auch für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung, zum Beispiel zur Unfallforschung.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Automatisierte Entscheidungen, die für die betroffenen Personen eine rechtliche Wirkung nach sich ziehen oder sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, werden nur unter den in Absatz 2, 3 und 4 genannten Voraussetzungen getroffen.

(2) Eine Entscheidung, die für den Abschluss oder die Erfüllung eines Versicherungsvertrags mit der betroffenen Person oder im Rahmen der Leistungserbringung erforderlich ist, kann automatisiert erfolgen. Eine Erforderlichkeit ist insbesondere in folgenden Fällen gegeben:

1. Entscheidungen gegenüber Antragstellern über den Abschluss und die Konditionen eines Versicherungsvertrages,
2. Entscheidungen gegenüber Versicherungsnehmern über Leistungsfälle im Rahmen eines Versicherungsverhältnisses,
3. Entscheidungen über die Erfüllung von Merkmalen bei verhaltensbezogenen Tarifen, z. B. das Fahrverhalten honorierende Rabatte in der Kfz-Versicherung.

(3) Automatisierte Entscheidungen über Leistungsansprüche nach einem Versicherungsvertrag, z. B. Entscheidungen gegenüber mitversicherten Personen oder Geschädigten in der Haftpflichtversicherung, sind auch dann zulässig, wenn dem Begehren der betroffenen Person stattgegeben wird. Die Entscheidung kann im Rahmen der Leistungserbringung nach einem Versicherungsvertrag auch automatisiert ergehen, wenn die Entscheidung auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen beruht und das Unternehmen für den Fall, dass dem Antrag nicht vollumfänglich stattgegeben wird, angemessene Maßnahmen zur Wahrung der berechtigten Interessen der betroffenen Person trifft,

wozu mindestens das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Unternehmens, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zählt.

(4) Darüber hinaus kann eine automatisierte Entscheidung mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Person erfolgen.

(5) Besondere Kategorien personenbezogener Daten werden im Rahmen einer automatisierten Entscheidungsfindung verarbeitet, wenn die betroffenen Personen ihre Einwilligung erteilt haben. Automatisierte Entscheidungen mit besonderen Kategorien personenbezogener Daten sind auch ohne Einwilligung in den Fällen des Absatzes 3 möglich.

(6) Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der betroffenen Personen getroffen werden, wird mindestens das Folgende veranlasst: Das Unternehmen teilt den betroffenen Personen mit, dass eine automatisierte Entscheidung getroffen wurde. Dabei werden ihnen, sofern sie nicht bereits informiert wurden, aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen der automatisierten Entscheidungsfindung mitgeteilt. Auf Verlangen werden den betroffenen Personen auch die wesentlichen Gründe der Entscheidungsfindung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Darlegung ihres Standpunktes, das Eingreifen einer Person seitens des Unternehmens und die Anfechtung der Entscheidung zu ermöglichen. Dies umfasst auch die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. Die betroffenen Personen haben das Recht, die Entscheidung anzufechten. Dann wird die Entscheidung auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft. Artikel 28 Absatz 1 dieser Verhaltensregeln gilt entsprechend.

(7) Der Einsatz automatisierter Entscheidungsverfahren wird dokumentiert.

(8) Die Unternehmen stellen sicher, dass technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, damit Faktoren, die zu unrichtigen personenbezogenen Daten führen, korrigiert werden können und das Risiko von Fehlern minimiert wird. In Hinblick auf Gesundheitsdaten werden auch die gesetzlichen Vorgaben der §§ 37 Abs. 2, 22 Abs. 2 BDSG beachtet.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)

(1) Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen. Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen auf Basis von Interessenabwägungen und festgelegten Einmeldekriterien.

(2) Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Aufgaben getrennt ein.

(3) Die Unternehmen melden Daten zu Fahrzeugen, Immobilien oder Personen an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder wenn eine Auffälligkeit festgestellt wurde, soweit dies zur gegenwärtigen oder künftigen Aufdeckung oder zur Verhinderung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen erforderlich ist und nicht überwiegende schutzwürdige Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen dagegen sprechen. Eine Einwilligung der betroffenen Personen ist nicht erforderlich. Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. Die Abwägung ist hinreichend aussagekräftig zu dokumentieren. Besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet. Wenn erhöhte Risiken in der Personenversicherung als „Erschwernis" gemeldet werden, geschieht dies ohne die Angabe, ob sie auf Gesundheitsdaten oder einem anderen Grund, z. B. einem gefährlichen Beruf oder Hobby, beruhen. Personenbezogene Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten werden ebenfalls nicht an das HIS gemeldet, es sei denn, die Verarbeitung wird unter behördlicher Aufsicht vorgenommen oder dies ist nach dem Unionsrecht oder dem nationalen Recht, das geeignete Garantien für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen vorsieht, zulässig.

(4) Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe des Verantwortlichen mit dessen Kontaktdaten. Sie benachrichtigen spätestens anlässlich der Einmeldung die betroffenen Personen mit den nach Art. 8 Absatz 3 relevanten Informationen. Eine Benachrichtigung kann in den Fällen des Art. 8 Abs. 5 dieser Verhaltensregelungen unterbleiben.

(5) Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. So werden beispielsweise Daten und Gutachten über Kfz- oder Gebäude-Schäden bei dem Unternehmen angefordert, welches einen Schaden in das HIS eingemeldet hatte. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln erfolgt, werden die betroffenen Personen über den Datenaustausch informiert. Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die betroffenen Personen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit gemäß Satz 1. Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfaden zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) Die Unternehmen können jederzeit bei entsprechenden Anhaltspunkten prüfen, ob bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder ob falsche oder unvollständige Sachverhalts-

angaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden. Zu diesem Zweck nehmen die Unternehmen Datenerhebungen und -verarbeitungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist. Bei der Entscheidung, welche Daten die Unternehmen benötigen, um ihre Entscheidung auf ausreichender Tatsachenbasis zu treffen, kommt ihnen ein Beurteilungsspielraum zu.

(2) Im Leistungsfall kann auch ohne Vorliegen von Anhaltspunkten die Prüfung nach Abs. 1 erfolgen. Dies umfasst die Einholung von Vorinformationen (z. B. Zeiträume, in denen Behandlungen oder Untersuchungen stattfanden), die es dem Unternehmen ermöglichen einzuschätzen, ob und welche Informationen im Weiteren tatsächlich für die Prüfung relevant sind.

(3) Datenverarbeitungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Angaben können auch nach Ablauf dieser Zeit noch überprüft werden, wenn der Versicherungsfall vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Für die Prüfung, ob der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(4) Ist die Erhebung und Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die betroffenen Personen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung bei Dritten nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den betroffenen Personen wird zuvor eine eigenständige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

(5) Die Möglichkeit, die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu verweigern, bleibt unbenommen und das Unternehmen informiert die betroffene Person diesbezüglich. Verweigert die betroffene Person die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, obliegt es der betroffenen Person als Voraussetzung für die Schadenregulierung alle erforderlichen Informationen zu beschaffen und dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen. Das Unternehmen hat in diesem Fall darzulegen, welche Informationen es bei Verweigerung der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für erforderlich hält.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Abs. 1 vorgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadensfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die betroffenen Personen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die betroffenen Personen vom Daten erhebenden Unternehmen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. Artikel 15 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Antrags- und Leistungsprüfung und -erbringung, einschließlich der Regulierung von Schäden bei gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressverzichtsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem entgegensteht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

(4) Kfz-Versicherer nutzen die bei der GDV Dienstleistungs-GmbH geführte Schadenklassendatei als Gemeinschaftseinrichtung zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch. Einmeldungen erfolgen, um eine korrekte Einstufung im Schadenfreiheitsrabatt-System zu ermöglichen. Das ist der Fall, wenn ein Kfz-Haftpflichtversicherungsvertrag gekündigt wird, diese Vorversicherung bei Vertragsschluss nicht angegeben wird und die unbelastete Neueinstufung in die Schadenfreiheitsklassen tarifsystemwidrig wäre. Der Kfz-Versicherer übermittelt dazu den Namen und die Anschrift des Versicherungsnehmers, die Versicherungsscheinnummer, das amtliche Kennzeichen des bisher versicherten Fahrzeugs, das Datum der Beendigung des Versicherungsvertrags mit Schadenfreiheitsklasse sowie die Anzahl der noch nicht berücksichtigten Schäden im Meldejahr. Die Daten werden nur im Antragsfall abgefragt, wenn ein Versicherungsnehmer keine Übernahme eines Schadenfreiheitsrabatts aus dem Vorvertrag beantragt. Die Kfz-Versicherer informieren die Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss in den Versicherungsinformationen über die Schadenklassendatei und die Kontaktdaten der Gemeinschaftseinrichtung. Werden bei Beendigung des Versicherungsvertrages Daten eingemeldet, benachrichtigen die Kfz-Versicherer die Versicherungsnehmer über die Art der gemeldeten Daten, den Zweck der Meldung, den Datenempfänger (Name und Sitz der Gemeinschaftseinrichtung) und den möglichen Abruf der Daten. Datenabrufe aus der Schadenklassendatei erfolgen in einem automatisierten Verfahren. Sie werden für Revisionszwecke und stichprobenartige Berechtigungsprüfungen protokolliert. Die in der Schadenklassendatei gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzungen für die Einmeldung gelöscht.[1)]

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder

[1)] Die Schadenklassendatei ist Ende 2018 eingestellt worden. Seitdem waren keine Datenübermittlungen in die Schadenklassendatei oder Abfragen aus der Datei mehr möglich. Eine eingeschränkte Verarbeitung der Daten erfolgt noch bis zum Ablauf der Speicherfrist nach Art. 16 Abs. 4 Satz 10 Code of Conduct zur Erfüllung der Betroffenenrechte, insbesondere von Auskunftsersuchen.

–verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies

a) für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages erforderlich ist oder

b) zur Sicherstellung der Erfüllbarkeit der Verpflichtungen des Unternehmens aus den Versicherungsverhältnissen erfolgt und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem Unternehmensinteresse entgegensteht.

Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

a) Die Rückversicherer führen z. B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch.

b) Die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen.

c) Die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der Rückversicherungsverträge einschließlich der Prüfung, ob und in welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge.

d) Die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig oder in Einzelfällen kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistiken und wissenschaftliche Forschung) verwendet werden. Außerdem vereinbaren sie, ob der Rückversicherer eine gesetzlich erforderliche Information an die betroffene Person selbst vornimmt oder ob das Unternehmen die Information des Rückversicherers an die betroffene Person weiterleitet. Im Fall der Weiterleitung vereinbaren sie auch, wie die Information erfolgt. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 dieser Verhaltensregeln erfüllt sind.

VI. Verarbeitung personenbezogener Daten für Vertriebszwecke und zur Markt- und Meinungsforschung

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

(1) Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. a) oder f) Datenschutz-Grundverordnung und unter Beachtung von § 7 UWG verarbeitet.

(2) Betroffene Personen können der Verwendung ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Die personenbezogenen Daten werden dann nicht mehr für diese Zwecke verarbeitet. Das Unternehmen trifft zur Umsetzung geeignete technische und organisatorische Maßnahmen.

Art. 19 Marktumfragen

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsumfragen unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen durch.

(2) Soweit die Unternehmen andere Stellen mit Markt- und Meinungsumfragen beauftragen, ist diese Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Vorhabens vertraglich nach den Vorgaben der Artikel 21, 22 oder 22a dieser Verhaltensregeln zu regeln. Dabei ist insbesondere festzulegen:

a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglich anonymisiert werden,

b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsumfragen an die Unternehmen in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), erfolgen.

(3) Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Durchführung von Markt- und Meinungsumfragen verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglich anonymisiert. Die Ergebnisse werden ausschließlich in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsumfragen geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Verarbeitung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 dieser Verhaltensregeln getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der betroffenen Personen erforderlich ist. Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten hingewiesen.

(2) Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Absatz 3 möglichst frühzeitig, mindestens aber zwei Wochen vor der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. Die Benachrichtigung erfolgt nicht, wenn der Wechsel von der betroffenen Person selbst gewünscht ist. Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter

steht einer Information durch das Unternehmen gleich. Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler oder eine Dienstleistungsgesellschaft von Versicherungsmaklern übermittelt werden, wenn die Versicherten oder Antragsteller dem Makler dafür eine Maklervollmacht oder eine vergleichbare Bevollmächtigung erteilt haben, die die Datenübermittlung abdeckt. Für den Fall des Wechsels des Maklers gilt zudem Absatz 2 entsprechend.

(5) Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der betroffenen Personen vor. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. Datenverarbeitung durch Auftragsverarbeiter, Dienstleister und gemeinsam Verantwortliche

Art. 21 Pflichten bei der Verarbeitung im Auftrag

(1) Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß Artikel 28 Datenschutz-Grundverordnung im Auftrag verarbeiten lässt (z. B. elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Antrags- und Vertragsbearbeitung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Entsorgung von Dokumenten), wird der Auftragnehmer mindestens gemäß Art. 28 Abs. 3 Datenschutz-Grundverordnung verpflichtet. Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der hinreichende Garantien dafür bietet, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Personen gewährleistet. Das Unternehmen verlangt alle erforderlichen Informationen zum Nachweis und zur Überprüfung der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen, zum Beispiel durch geeignete Zertifikate. Die Ergebnisse werden dokumentiert.

(2) Jede Datenverarbeitung beim Auftragsverarbeiter erfolgt nur für die Zwecke und im Rahmen der dokumentierten Weisungen des Unternehmens. Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags oder werden viele verschiedene Auftragnehmer (z. B. Dienstleister zur Aktenvernichtung an verschiedenen Unternehmensstandorten oder regionale Werkstätten) mit gleichartigen Aufgaben betraut, können die Auftragsverarbeiter – unbeschadet interner Dokumentationspflichten – in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den betroffenen Personen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(4) Ein Vertrag oder ein anderes Rechtsinstrument im Sinne von Art. 28 Abs. 3 und 4 Datenschutz-Grundverordnung zur Verarbeitung im Auftrag ist schriftlich abzufassen, was auch in einem elektronischen Format erfolgen kann.

Art. 22 Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung

(1) Ohne Vereinbarung einer Auftragsverarbeitung können personenbezogene Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt und von diesen verarbeitet werden, soweit dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den Betroffenen erforderlich ist. Das ist insbesondere möglich, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Versicherungsfalls beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung beinhalten, eingeschaltet werden, z. B. Krankentransportdienstleister, Haushaltshilfen, Schlüsseldienste und ähnliche Dienstleister.

(2) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister und deren Verarbeitung zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen nicht überwiegen. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung und Inkasso, sofern dies keine Auftragsverarbeitung ist und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 8 erfüllt sind.

(3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 2 unterbleibt, soweit die betroffene Person aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen persönlichen Situation ergeben, dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass seitens des übermittelnden Unternehmens keine zwingenden schutzwürdigen Gründe für die Verarbeitung beim Dienstleister vorliegen, die die Interessen der betroffenen Person überwiegen. Die Übermittlung an den Dienstleister erfolgt trotz des Widerspruchs auch dann, wenn sie der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient. Die betroffenen Personen werden in geeigneter Weise auf ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die nach Absatz 2 tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind oder der betroffenen Person direkt Auskunft zu erteilen.

(5) Diese Aufgabenauslagerungen nach Absatz 2 werden dokumentiert.

(6) Unternehmen und Dienstleister vereinbaren in den Fällen des Absatzes 2 zusätzlich, dass betroffene Personen, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. Vorrangig tritt gegenüber den betroffenen Personen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch

haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(7) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister nach Absatz 2 bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages, können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(8) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Rechte der betroffenen Personen gemäß Artikel 23 bis 24c durch die Einschaltung des Dienstleisters nach Absatz 2 nicht geschmälert werden.

(9) Übermittlungen von personenbezogenen Daten an Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer im Rahmen von deren Aufgabenerfüllungen bleiben von den zuvor genannten Regelungen unberührt.

(10) Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur verarbeitet werden, wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben oder eine gesetzliche Grundlage vorliegt. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

Art. 22a Gemeinsam verantwortliche Stellen

(1) Eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen kann für gemeinsame Geschäftszwecke gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nach Maßgabe des Art. 26 Datenschutz-Grundverordnung einrichten.

(2) Die Unternehmen legen bei gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit zwei oder mehr Verantwortlichen in einer vertraglichen Vereinbarung in transparenter Form fest, wer von ihnen welche Verpflichtung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung erfüllt, insbesondere welche Stelle welche Funktionen zur Erfüllung der Rechte der betroffenen Personen übernimmt. Geregelt werden auch die Verantwortlichkeiten für die Information der betroffenen Personen.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Zwecke der gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit den jeweils verantwortlichen Unternehmen bereit und gibt sie den betroffenen Personen in geeigneter Form bekannt.

(4) Betroffene Personen können ihre datenschutzrechtlich begründeten Rechte gegenüber jedem einzelnen Verantwortlichen geltend machen.

VIII. Rechte der betroffenen Personen

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene Personen haben das Recht zu erfahren, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden und sie können Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen.

(2) Verarbeitet ein Unternehmen eine große Menge von Informationen über die betroffene Person oder wird ein Auskunftsersuchen im Hinblick auf die zu beauskunftenden personenbezogenen Daten unspezifisch gestellt, erteilt das Unternehmen zunächst Auskunft über die zur betroffenen Person gespeicherten Stammdaten sowie zusammenfassende Informationen über die Verarbeitung und bittet die betroffene Person zu präzisieren, auf welche Information oder welche Verarbeitungsvorgänge sich ihr Verlangen bezieht.

(3) Der betroffenen Person wird entsprechend ihrer Anfrage Auskunft erteilt. Die Auskunft wird so erteilt, dass sich die betroffene Person über Art und Umfang der Verarbeitung bewusst werden und ihre Rechtmäßigkeit überprüfen kann. Es wird sichergestellt, dass die betroffene Person alle gesetzlich vorgesehenen Informationen erhält. Im Falle einer (geplanten) Weitergabe wird der betroffenen Person auch über die Empfänger oder die Kategorien von Empfängern, an die ihre Daten weitergegeben werden (sollen), Auskunft erteilt.

(4) Es wird sichergestellt, dass nur die berechtigte Person die Auskunft erhält. Daher wird die Auskunft, auch wenn ein Bevollmächtigter sie verlangt, der betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter erteilt.

(5) Eine Auskunft erfolgt schriftlich oder in anderer Form, insbesondere auch elektronisch, beispielsweise in einem Kundenportal. Im Falle einer elektronischen Antragstellung werden die Informationen in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung gestellt. Dies erfolgt nicht, wenn etwas anderes gewünscht ist oder die Authentizität des Empfängers oder die sichere Übermittlung nicht gewährleistet werden kann. Sie kann auf Verlangen der betroffenen Personen auch mündlich erfolgen, aber nur sofern die Identität der betroffenen Personen nachgewiesen wurde.

(6) Durch die Auskunft dürfen nicht die Rechte und Freiheiten weiterer Personen beeinträchtigt werden. Geschäftsgeheimnisse des Unternehmens können berücksichtigt werden.

(7) Eine Auskunft kann unterbleiben, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten geheim gehalten werden müssen oder wenn das Bekanntwerden der Information die Strafverfolgung gefährden würde. Eine Auskunft unterbleibt ferner über Daten, die nur deshalb gespeichert sind, weil sie aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Aufbewahrungsvorschriften nicht gelöscht werden dürfen oder die ausschließlich Zwecken der Datensicherung oder Datenschutzkontrolle dienen, wenn die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde sowie eine Verarbeitung zu anderen Zwecken durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ausgeschlossen ist. Ein Beispiel sind wegen Aufbewahrungspflichten in der Verarbeitung eingeschränkte Daten und zugriffsgeschützte Sicherungskopien (Backups).

(8) In Fällen des Absatzes 7 werden die Gründe der Auskunftsverweigerung dokumentiert. Die Ablehnung der Auskunftserteilung wird gegenüber der betroffenen Person begründet. Die Begründung erfolgt nicht, soweit durch die Mitteilung der tatsächlichen oder rechtlichen Gründe für die Auskunftsverweigerung der damit verfolgte Zweck gefährdet würde, insbesondere wenn die Mitteilung der Gründe die überwiegenden berechtigten Interessen Dritter oder die Strafverfolgung beeinträchtigen würde.

(9) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17), Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung (Artikel 22) oder einer Verarbeitung durch gemeinsam Verantwortliche (Artikel 22a) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer, Dienstleister oder alle Verantwortlichen verpflichtet sind oder es stellt die Auskunftserteilung durch diese sicher.

Art. 23a Recht auf Datenübertragbarkeit

(1) Die betroffene Person bekommt vom Unternehmen die von ihr bereitgestellten personenbezogenen Daten übertragen, wenn deren Verarbeitung auf ihrer Einwilligung oder auf einem Vertrag mit ihr beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

(2) Das Recht umfasst die Daten, die die betroffene Person gegenüber dem Unternehmen angegeben oder bereitgestellt hat. Das sind insbesondere die Daten, die von der betroffenen Person in Anträgen angegeben wurden, wie Name, Adresse und die zum zu versichernden Risiko erfragten Angaben sowie alle weiteren im Laufe des Versicherungsverhältnisses gemachten personenbezogenen Angaben, zum Beispiel bei Schadenmeldungen bereitgestellte Daten.

(3) Die betroffene Person erhält die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

(4) Die betroffenen Personen können auch verlangen, dass die personenbezogenen Daten vom Unternehmen direkt an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, soweit dies technisch machbar ist und die Anforderungen an die Sicherheit der Übermittlung erfüllt werden können.

(5) Die Daten werden nicht direkt einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung gestellt, wenn die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt würden.

Art. 24 Anspruch auf Berichtigung

Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

Art. 24a Anspruch auf Einschränkung der Verarbeitung

(1) Das Unternehmen schränkt auf Verlangen der betroffenen Personen die Verarbeitung von deren Daten ein:

a) solange die Richtigkeit bestrittener Daten überprüft wird,

b) wenn die Verarbeitung unrechtmäßig ist und die betroffenen Personen die weitere Speicherung der Daten verlangen,

c) wenn das Unternehmen die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, die betroffenen Personen sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder

d) wenn die betroffenen Personen der Verarbeitung widersprochen haben, solange nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Unternehmens gegenüber denen der betroffenen Personen überwiegen.

(2) Machen die betroffenen Personen ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung geltend, werden die Daten währenddessen nur noch verarbeitet:

a) mit Einwilligung der betroffenen Personen,

b) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,

c) zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder

d) aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Europäischen Union oder eines ihrer Mitgliedstaaten.

(3) Betroffene Personen, die eine Einschränkung der Verarbeitung erwirkt haben, werden vom Unternehmen unterrichtet, bevor die Einschränkung aufgehoben wird.

Art. 24b Löschung

(1) Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten durch das Unternehmen zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung nicht mehr erforderlich ist. Eine Löschung erfolgt auch, wenn sie zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist oder wenn die personenbezogenen Daten in Bezug auf angebotene Dienste der Informationsgesellschaft an ein Kind gemäß Art. 8 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung erhoben worden sind.

(2) Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 1 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich. Auf Verlangen der betroffenen Person wird unverzüglich geprüft, ob die von dem Verlangen erfassten Daten zu löschen sind.

(3) Eine Löschung nach Absatz 2 erfolgt nicht, soweit die Daten erforderlich sind:

a) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung des Unternehmens, insbesondere zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten,

b) für die in Artikel 10 genannten Verarbeitungen für statistische Zwecke,

c) für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke (z. B. zur Aufarbeitung des Holocaust) oder

d) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Eine Löschung von Daten unterbleibt auch dann, wenn die Daten nicht automatisiert verarbeitet werden, sie wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand gelöscht werden können und das Interesse der betroffenen Personen an der Löschung als gering anzusehen ist. In diesem Fall oder wenn personenbezogene Daten nur noch zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten gespeichert werden müssen, wird deren Verarbeitung nach dem Grundsatz der Datenminimierung eingeschränkt.

Art. 24c Benachrichtigungen über Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung

(1) Das Unternehmen benachrichtigt alle Empfänger, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine auf Verlangen der betroffenen Person erforderliche Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung der Daten, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Das ist zum Beispiel auch der Fall, wenn der Empfänger die Daten aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung bereits gelöscht haben muss. Auf Verlangen unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person über diese Empfänger.

(2) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Verlangens der betroffenen Personen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

(3) Sonstige Mitteilungspflichten bei Berichtigungen oder Löschungen personenbezogener Daten sowie bei Einschränkungen der Verarbeitung ohne Verlangen der betroffenen Person bleiben hiervon unberührt.

Art. 24d Frist

(1) Das Unternehmen kommt den Rechten gemäß Art. 23 bis 24b dieser Verhaltensregeln möglichst unverzüglich, jedenfalls innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags auf Ausübung des Rechts der betroffenen Person nach. Die Frist kann um weitere 2 Monate verlängert werden, wenn dies unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. In diesem Fall unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags über die Fristverlängerung und nennt die Gründe für die Verzögerung.

IX. Einhaltung und Kontrolle

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als Verantwortliche, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) Beschäftigte, die mit der Verarbeitung personenbezogener Daten betraut sind, werden zur Vertraulichkeit hinsichtlich personenbezogener Daten, zur Einhaltung des Datenschutzes und der diesbezüglichen Weisungen des Unternehmens sowie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten verpflichtet. Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften durch Beschäftigte können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten nach Absatz 2 Satz 1 gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) Texte, die sich an betroffene Personen richten, werden informativ, transparent, verständlich und präzise sowie in klarer und einfacher Sprache formuliert. Sie werden den betroffenen Personen in leicht zugänglicher Form zur Verfügung gestellt.

(2) Die Unternehmen führen ein Verzeichnis über die eingesetzten Datenverarbeitungsverfahren (Verarbeitungsverzeichnis). Sie machen es den Datenschutz-Aufsichtsbehörden auf Anforderung zugänglich. Überdies ist das Verarbeitungsverzeichnis eine interne Grundlage der Unternehmen zur Erfüllung der Informations- und Auskunftspflichten gegenüber den betroffenen Personen.

Art. 26a Datenschutz-Folgenabschätzung

(1) Die Unternehmen prüfen insbesondere vor dem erstmaligen oder maßgeblich erweiterten Einsatz folgender Verarbeitungen die Erforderlichkeit einer Datenschutz-Folgenabschätzung:

a) Verfahren mit automatisierten Einzelentscheidungen, die sich auf Verfahren zur systematischen und umfassenden Auswertung mehrerer persönlicher Merkmale der betroffenen Personen stützen, wenn sie eine Rechtswirkung gegenüber den betroffenen Personen entfalten oder diese in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, wie beispielsweise Verfahren zur automatisierten Risiko- oder Leistungsprüfung.

b) Verfahren mit umfangreichen Verarbeitungen besonderer Kategorien von personenbezogenen Daten, zum Beispiel Verfahren zur Risiko- oder Leistungsprüfung in der Krankenversicherung, zur Risikoprüfung in der Lebensversicherung oder zur Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung oder

c) Verfahren zur Prämienberechnung unter Verwendung verhaltensbasierter Daten betroffener Personen (z. B. für sog. Telematiktarife in der Kraftfahrtversicherung oder mit Daten aus Wearables).

(2) Die Entscheidung darüber, ob eine Datenschutzfolgenabschätzung vorgenommen wird oder nicht und die Gründe dafür werden dokumentiert. Die Unternehmen stellen durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher, dass bei der Durchführung der Datenschutz-Folgenabschätzungen der Rat der Beauftragten für den Datenschutz eingeholt wird.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) Die Unternehmen oder eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen benennen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften Beauftragte für den Datenschutz. Sie sind weisungsunabhängig und überwachen die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln. Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung und anderer datenschutzrechtlicher Vorschriften einschließlich der im Unternehmen bestehenden Konzepte für den Schutz personenbezogener Daten und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz unterrichten und beraten die Unternehmen und die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätigen Beschäftigten über die jeweiligen besonderen Erfordernisse des Datenschutzes.

(5) Daneben können sich alle betroffenen Personen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftsersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten.

(7) Die Unternehmen stellen den Datenschutzbeauftragten die für die Aufgabenerfüllung und die zur Erhaltung des Fachwissens erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.

(8) Die Datenschutzbeauftragten arbeiten mit der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde zusammen. Sie können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten und stehen der Aufsichtsbehörde in allen Angelegenheiten des Datenschutzes als Ansprechpartner zur Verfügung.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen betroffenen Personen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln unverzüglich bearbeiten und innerhalb einer Frist von einem Monat beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. Ein Bericht über die ergriffenen Maßnahmen kann auch noch bis zu drei Monaten nach Antragstellung erteilt werden, wenn diese Fristverlängerung unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben. Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. Sie teilen dies den betroffenen Personen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten

(1) Im Falle einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten, z. B. wenn sie unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem ihnen die Verletzung bekannt wurde, die zuständige Aufsichtsbehörde, es sei denn, die Verletzung führt voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen. Risiken für die Rechte und Freiheiten betroffener Personen bestehen insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass die Verletzung zu einem Identitätsdiebstahl, einem finanziellen Verlust oder einer Rufschädigung führt.

(2) Das Unternehmen dokumentiert Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten einschließlich aller im Zusammenhang damit stehenden Fakten, Auswirkungen und ergriffenen Abhilfemaßnahmen. Diese Dokumentation ermöglicht der Aufsichtsbehörde die Überprüfung der Einhaltung der Bestimmungen dieses Artikels.

(3) Die betroffenen Personen werden benachrichtigt, wenn die Datenschutzverletzung voraussichtlich ein hohes Risiko für ihre persönlichen Rechte und Freiheiten zur Folge hat. Dies erfolgt unverzüglich. Dabei wird entsprechend der Gefahrenlage entschieden, ob zunächst Maßnahmen zur Sicherung der Daten oder zur Verhinderung künftiger Verletzungen ergriffen werden. Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der betroffenen Personen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(4) Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt, wenn der Verantwortliche durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt hat, dass das hohe Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht oder nicht mehr besteht. Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt auch, soweit durch die Benachrichtigung Informationen offenbart würden, die nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheim gehalten werden müssen, es sei denn, dass die Interessen der betroffenen Personen an der Benachrichtigung, insbesondere unter Berücksichtigung drohender Schäden, gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse überwiegen.

(5) Die Benachrichtigung der betroffenen Personen beschreibt in klarer einfacher Sprache die Art der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und enthält zumindest:

a) den Namen und die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder einer sonstigen Anlaufstelle für weitere Informationen,

b) eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten,

c) eine Beschreibung der vom Unternehmen ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und gegebenenfalls Maßnahmen zur Abmilderung ihrer möglichen nachteiligen Auswirkungen.

(6) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsverarbeiter, sie unverzüglich über Vorfälle nach Absatz 1 bei diesen zu unterrichten.

(7) Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten. Sie stellen sicher, dass alle Verletzungen den betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen. Die betrieblichen Datenschutzbeauftragten berichten unmittelbar der höchsten Managementebene des Unternehmens.

X. Formalia

Art. 30 Beitritt

(1) Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekanntgegeben.

(2) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

(3) Hat ein Unternehmen seinen Beitritt zu diesen Verhaltensregeln erklärt, ist die jeweils gültige Fassung wirksam. Eine Rücknahme des Beitritts ist jederzeit möglich durch Erklärung gegenüber dem GDV. Wenn ein Unternehmen die Rücknahme des Beitritts erklärt, wird dies durch die Löschung des Unternehmens in der Beitrittsliste vom GDV dokumentiert und in Form einer aktualisierten Beitrittsliste in geeigneter Weise bekannt gegeben. Das Unternehmen wird zudem die für das Unternehmen zuständige Datenschutzbehörde und die Versicherten über die Rücknahme informieren.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber drei Jahre nach Anwendungebeginn der Datenschutz-Grundverordnung insgesamt evaluiert.

Art. 32 Inkrafttreten

Diese Fassung der Verhaltensregeln gilt ab dem 1. August 2018 und ersetzt die Fassung vom 7. September 2012.

Liste der Dienstleister

Stand: 1. Januar 2026
Die jeweils aktuelle Fassung wird Ihnen mit dem Antrag ausgehändigt und kann abgerufen werden unter: www.lvm.de/Datenschutz

Konzerngesellschaften innerhalb der LVM Versicherung, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

- LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
- LVM Krankenversicherungs-AG
- LVM Lebensversicherungs-AG
- LVM Rechtsschutz-Service GmbH
- LVM Pensionsfonds-AG
- LVM Pensionsmanagement GmbH
- LVM Unterstützungskasse GmbH
- LVM Finanzdienstleistungen GmbH
- LVM Vermittlungs GmbH

Dienstleister, die Daten für die LVM Versicherung verarbeiten könnten (Teil 1):

Auftraggeber	Auftragnehmer	Datenkategorien/Gegenstand und Zweck
Alle Gesellschaften der LVM Versicherung	LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.	Anschriften, Briefe/Versand von Postsendungen
		Betrieb Rechenzentrum/Anwendungsentwicklung
		IT-Dienstleistungen/Anwendersupport
		Wartung von Systemen/Anwendungen
		Aufbereiten, Sortieren, Scannen der Eingangspost
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.	Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Anschriften/Adressermittlung
	GDV Dienstleistungs-GmbH	Branchennetz, Unfallmeldedienst, Zentralruf und Notruf der Autoversicherer (inkl. aus dem Ausland), Austausch der elektronischen Versicherungsbestätigung (eVB), Datentransfer mit Behörden, Erstellung von Rentenbezugsmitteilungen, Erstellung von Bescheinigungen, Anschriftenverzeichnis, Kennzeichendatenbank, Koordinierung von schwersten Ereignissen mit Kfz, Dienstleistungen im Schadensfall, Zonierung für Überschwemmungsrisiko und Einschätzung von Umweltrisiken, Wohngebäude-Vorversichereranfrage, Forschungs- und Entwicklungsverträge
	Microsoft Ireland Operation Ltd.	Cloud-Dienste/KI/Maschinelles Lernen/Datenanalysetools/Kollaborations- und Produktivitätslösungen
	Perseus Technologies GmbH	Forensische Ermittlungen von Cyberangriffen und Beseitigung von Einschränkungen nach Cyberangriffen
	Vds Schadenverhütung GmbH	Lieferung von Wetterdaten im Schaden-und Leistungsfall
	Verisk Med GmbH	Beschaffung und Vergütung von Arztberichten für Kraftfahrt-, Haftpflicht- und Unfall-Personenschäden, Prüfung von Rechnungen von Sozialversicherungsträgern
Zusätzlich für die Sachversicherung	COREVAS GmbH & Co. KG	Bereitstellung Video Chat Assistent zur Unterstützung der Sachbearbeitung
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Assistance und Serviceleistungen
	Roland Schutzbrief-Versicherung AG	Abwicklung von Fahrradschutzbriefschäden

Kategorien von Dienstleistern, die Daten für die LVM Versicherung verarbeiten könnten (Teil 2):

Auftraggeber	Auftragnehmer	Datenkategorien/Gegenstand und Zweck
LVM Krankenversicherungs-AG	GDV Dienstleistungs-GmbH	Geförderte Ergänzende Pflegeversicherung, Abrechnung für die Krankenhausleistungen, Erstellung von Bescheinigungen
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Assistance und Serviceleistungen
	Morgen & Morgen GmbH	Erstellung von Tarifvergleichen
	PAV Card GmbH	Beschaffung von RVNR und KVNR für die Teilnahme an der Telematikinfrastruktur
LVM Lebensversicherungs-AG	GDV Dienstleistungs-GmbH	Datentransfer mit Behörden, Erstellung von Rentenbezugsmitteilungen, Verfahren zum internationalen Austausch von (Steuer-)Informationen, Riester-Service
	LVM Pensionsmanagement GmbH	Dienstleistungen zur betrieblichen Altersversorgung
	Morgen & Morgen GmbH	Erstellung von Tarifvergleichen
LVM Finanzdienstleistungen GmbH	Incore Asset Management Solution AG	Betrieb der Anwendung „MyWebDepot“
	Interhyp AG	Betrieb der Finanzierungsplattform „eHyp“
LVM Pensionsfonds-AG	GDV Dienstleistungs-GmbH	Datentransfer mit Behörden, Erstellung von Rentenbezugsmitteilungen
LVM Unterstützungskasse GmbH	GDV Dienstleistungs-GmbH	Datenaustausch mit Behörden im Rahmen von gesetzlich vorgeschriebenen Meldeverfahren

Kategorien von Dienstleistern, die Daten für die LVM Versicherung verarbeiten könnten:		
Auftraggeber	**Auftragnehmer**	**Datenkategorien/Gegenstand und Zweck**
Alle Gesellschaften der LVM Versicherung	Ärzte, Gutachter	Prüfung von Gutachten/Begutachtung Versicherungsobjekte/Antrags- und Leistungsprüfung/Ärztliche Stellungnahmen
	Assistanceunternehmer	Assistance-/Dienstleistungen im Schaden-/Leistungsfall
	Auslandsregulierungsbüros	Abwicklung von Schäden im Ausland
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Einzelfällen
	IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung von IT-Systemen, Anwendungen und Onlineservices
	Dienstleister zur Immobilienfinanzierung	Erstellung von Wertgutachten und Ermittlung von Markt- und Beleihungswerten im Bereich der Immobilienfinanzierung
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Heil- und Hilfsmittellieferanten	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln
	Inkassounternehmen	Forderungsbearbeitung
	Marketingdienstleister	Durchführung von Marketingkampagnen und Versand von Werbemitteln
	Marktforschungsinstitute	Kundenbefragungen/Kundenzufriedenheits-messungen
	Prüfdienstleister	Prüfung von Rechnungen und Gutachten
	Rechtsanwälte	Juristische Beratung, Anwaltshotline
	Rehabilitationsdienste	Rehabilitationsmanagement
	Rückversicherer	Monitoring von Risiken/Risikoprüfung
	Telefondienstleister	Temporärer Kundendienst/Terminvereinbarung in bestimmten Geschäftsfeldern
	Übersetzungsbüros	Übersetzung von Schriftstücken
	Vermittler	Antrags-, Leistungs- und Schadenbearbeitung, Beratung

- **AVB/G** für die Krankheitskostenversicherung Tarife SG, SG (M/F), Dental, Dental (M/F), Dental-*Plus*, Dental-*Plus* (M/F), K-Dental, K-Dental (M/F), K-Dental-*Plus*, K-Dental-*Plus* (M/F), Natur, Check, A&O, EG-Komfort bzw. EG-Komfort (M/F)
- **AVB/KHT** für die Krankenhaustagegeldversicherung Tarif KHT bzw. KHT (M/F)
- **AVB/GZ** für die Zahnzusatzversicherung Tarife Zahn*Komfort* und Zahn*Premium*
- **AVB/KT** für die Krankentagegeldversicherung Tarife KT bzw. KT (M/F)
- **AVB/KGE** für die Krankengeld-Ergänzungsversicherung
- **AVB/PTG** für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
- **AVB/PZT** für die Pflegezusatz-Tagegeldversicherung Tarife PZT-Komfort bzw. PZT (M/F), PZT-Komfort (M/F) und PZT 0
- **AVB/GAW** für die große Anwartschaftsversicherung
- **AVB/KAW** für die kleine Anwartschaftsversicherung
- **Hinweise zum Datenschutz**
- **Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct), Stand August 2018/ Liste der Dienstleister im Rahmen der Datenverarbeitung, Stand Januar 2026**

KV 160 (09/2026)

Bedarfsgerechte Vorsorge braucht fachkundige Beratung. In der LVM-Versicherungsagentur in Ihrer Nähe erhalten Sie beides.

LVM Versicherung
Kolde-Ring 21
48126 Münster
www.lvm.de

LVM VERSICHERUNG