

## **Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen**

### **Die Gothaer Ergänzungsversicherungen**

- **Tarif MediGroup A**
- **Tarif MediGroup S**
- **Tarif MediGroup U**
- **Tarif MediGroup Z**
- **Tarif MediGroup ZB**
- **Tarif MediGroup PT**

## Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Gothaer Krankenversicherung AG

### Inhalt dieser Broschüre:

• Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht .....	3
• Informationen zur Antragstellung .....	4
• Produktinformationsblatt .....	5
• Anträge .....	9
• Allgemeine Kundeninformation .....	19
• Merkblatt zur Datenverarbeitung .....	21
• Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag (Muster) .....	24
• Versicherungsbedingungen .....	61

# Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

## Vorvertragliche Anzeigepflichten

### Mögliche Folgen

- **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Damit die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz: Gothaer) Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten **Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten**. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den **Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht** können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Bestehende vorvertragliche Anzeigepflichten

Sie sind gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) **verpflichtet**, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden anzugeben. Wenn die Gothaer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine Obliegenheit vor Vertragsschluss verletzt wird?

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gothaer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gothaer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gothaer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht – ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht der Gothaer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

- **Kündigung**

Kann die Gothaer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

- **Vertragsänderung**

Kann die Gothaer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf ihr Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht der Gothaer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

- **Ausübung der Rechte**

Die Gothaer kann ihre **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats** schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verfallen ist. Die Gothaer kann sich auf die **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn** sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

- **Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gothaer die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zu Last fällt.

# Informationen zur Antragstellung des Tarifes Gothaer MediGroup Z und MediGroup ZB

## 1. Versicherungsfähigkeit

Sie sind im Tarif MediGroup Z und/oder MediGroup ZB versicherungsfähig, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind.

Entfernte Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, zählen nicht als fehlende Zähne.

Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.

## 2. Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen im Tarif MediGroup Z

Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen).

Kein oder 1 fehlender Zahn:

Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung.

Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen **nach** dem Vertragsabschluss **erstmalig** angeraten und durchgeführt werden.

2 oder 3 fehlende Zähne:

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist nur mit der folgenden besonderen Vereinbarung möglich: **Die Kosten aller zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) zu vergüten, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**

Für sonstige zahnärztliche Maßnahmen haben Sie Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen nach dem Vertragsabschluss **erstmalig** angeraten und durchgeführt werden.

# Produktinformationsblatt zur Gothaer Gruppen-Ergänzungsversicherung

## Vorbemerkung

### Produktinformationsblatt zur Gothaer Gruppen-Ergänzungsversicherung

Mit dem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen **kurzen Überblick** über die Gothaer Gruppen-Ergänzungsversicherung.  
Diese Informationen sind nicht abschließend. **Weitere wichtige Informationen** entnehmen Sie den nachfolgenden Unterlagen

- Allgemeine Kundeninformationen
- Merkblatt zur Datenverarbeitung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

## Art der Versicherung/ Versicherte Risiken/ Risikoauschlüsse

**Gothaer MediGroup A** ist Ihre Ergänzungsversicherung (ohne Alterungsrückstellung) für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung bietet:

- 100 % Erstattung der Praxisgebühr (max. 40 Euro pro Jahr)
- 100 % Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie zu den von der GKV genehmigten Hin- und Rückfahrten zu einer ambulanten Behandlung
- 100 % Erstattung für Sehhilfen, bis 120 Euro pro Jahr
- 80 % Erstattung der Behandlung durch Heilpraktiker gemäß GebüH oder Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß Hufelandverzeichnis – bis 1.000 Euro pro Jahr
- Garantierte Beitragsrückerstattung von bis zu 5 Monatsbeiträgen bei Leistungsfreiheit

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup A entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup A setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009
- Teil II Tarif MediGroup A

**Gothaer MediGroup S** ist Ihre Ergänzungsversicherung (ohne Alterungsrückstellung) für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bietet:

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % für die Chefarzt- Behandlung
- 100 % für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärer Behandlung

Ambulante Operationen

- 100 % der Kosten für ambulante Operationen inklusive der Vor- und Nachbehandlung, wenn diese einen stationären Aufenthalt ersetzen

Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

46,00 EUR bei nicht gesondert berechneten ärztlichen Leistungen

26,50 EUR bei nicht gesondert berechneter Unterbringung

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup S entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup S setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009
- Teil II Tarif MediGroup S

**Gothaer MediGroup U** ist Ihre Ergänzungsversicherung (ohne Alterungsrückstellung) für gesetzlich und privat Versicherte, die Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bei Unfällen bietet:

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % für die Chefarzt- Behandlung
- 100 % für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärer Behandlung

Ambulante Operationen

- 100 % der Kosten für ambulante Operationen inklusive der Vor- und Nachbehandlung, wenn diese einen stationären Aufenthalt ersetzen

Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

46,00 EUR bei nicht gesondert berechneten ärztlichen Leistungen

26,50 EUR bei nicht gesondert berechneter Unterbringung

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup U entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup U setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK Unfall 2009
- Teil II Tarif MediGroup U

**Gothaer MediGroup Z** ist Ihre Ergänzungsversicherung (ohne Alterungsrückstellung) für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet: MediGroup Z sieht Leistungen für Zahnersatz (Brücken, Prothesen, Kronen, Inlays, bis zu vier Implantate je Kiefer, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen), zugehörige Material- und Laborkosten sowie das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes vor.

Erstattungsfähig sind unter der Anrechnung der Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt:

- 100 % der Kosten, wenn ausschließlich eine Regelversorgung beansprucht wird
  - Sofern die Rechnung vollständig oder teilweise privatärztliche Honoraranteile enthält, 80 % der Kosten, wenn eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird, 75 %, wenn eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird, 70 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- Die Erstattung erfolgt im Rahmen von Höchstsätzen in den ersten drei Versicherungsjahren. Die Höchstsätze entfallen bei Unfällen.

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup Z entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup Z setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009
- Teil II Tarif MediGroup Z

**Gothaer MediGroup ZB** ist Ihre Ergänzungsversicherung (ohne Alterungsrückstellung) für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet:

- 100 % der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (allgemeine, konservierende – Ausnahme Inlays und Kronen – und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums);
- 80 %, wenn keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen wird
- 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe (professionelle Zahnreinigung bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr)

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup ZB entnehmen Sie in dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup ZB setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2010
- Teil II Tarif MediGroup ZB

**Gothaer MediGroup PT3** ist Ihre Pflageetagegeld-Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die ein Pflageetagegeld bei Pflagebedürftigkeit ab Pflagestufe III (mit Alterungsrückstellung) bietet:

#### **MediGroup PT3**

Bei ärztlich festgestellter Pflagebedürftigkeit der Pflagestufe III beträgt die Höhe der Leistungen bei: Pflagestufe III 100 % des vereinbarten Pflageetagegeldes.

Bei einer Pflagebedürftigkeit ab der Pflagestufe II (gilt für Tarif PTG und PT2), bzw. ab der Pflagestufe III im Tarif PT3, endet die Beitragszahlung für die Pflageetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflagebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird.

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup PT3 entnehmen Sie in dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup PT3 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflage-Ergänzungsversicherung AB/PV2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif PT3

**Gothaer MediGroup PT2** ist Ihre Pflageetagegeld-Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die ein Pflageetagegeld bei Pflagebedürftigkeit ab Pflagestufe II (mit Alterungsrückstellung) bietet:

#### **MediGroup PT2**

Bei ärztlich festgestellter Pflagebedürftigkeit der Pflagestufen II und III beträgt bei Höhe der Leistungen bei: Pflagestufe II 70 %

Pflagestufe III 100 % des vereinbarten Pflageetagegeldes.

Bei einer Pflagebedürftigkeit ab der Pflagestufe II (gilt für Tarif PTG und PT2), bzw. ab der Pflagestufe III im Tarif

PT3, endet die Beitragszahlung für die Pflagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird.

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup PT2 entnehmen Sie in dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup PT2 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif PT2

**Gothaer MediGroup PTG** ist Ihre Pflagegeld-Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die ein Pflagegeld bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (mit Alterungsrückstellung) bietet:

#### **MediGroup PTG**

Bei ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen I, II und III beträgt die Höhe der Leistungen bei

Pflegestufe I 35 %

Pflegestufe II 70 %

Pflegestufe III 100 % des vereinbarten Pflagegeldes.

Bei einer Pflegebedürftigkeit ab der Pflegestufe II (gilt für Tarif PTG und PT2), bzw. ab der Pflegestufe III im Tarif PT3, endet die Beitragszahlung für die Pflagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird.

**Bitte beachten Sie:** Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediGroup PTG entnehmen Sie in dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediGroup PTG setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif PTG

<b>• Risikoausschlüsse</b>	Bitte beachten Sie den Abschnitt „Leistungsausschlüsse“. Eine Differenzierung zwischen Risiko- und Leistungsausschlüssen ist in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht möglich.
<b>Beitrag, Fälligkeit und Zahlungszeitraum</b>	<p>Den Beitrag können Sie dem beigefügten Antrag entnehmen.</p> <p>Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.</p> <p>Der Beitrag kann sich im Rahmen einer Gesundheitsprüfung noch ändern. Hierauf weisen wir gesondert hin.</p> <p>Die <b>erste Beitragsrate</b> ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.</p> <p><b>Folgende Beitragsraten</b> sind jeweils am 1. eines Monats fällig.</p> <p>Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Beitragszahlung endet mit dem Vertragsende.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beitragszahlung“ und Beitragsberechnung“ Teil I der AVB.</p>
<b>Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen</b>	<p><b>Ihre Zahlung</b> des Erst- oder Einmalbeitrages <b>gilt als rechtzeitig</b>, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt. Zahlungen von Folgebeiträgen, wenn sie jeweils zu den im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten geleistet werden.</p> <p>Sofern Sie uns eine <b>Einzugsermächtigung</b> (Lastschriftverfahren) erteilen, gilt Ihre Zahlung jeweils als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum angegebenen Fälligkeitstag von uns eingezogen werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen.</p> <p><b>Nicht rechtzeitige</b> Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ Teil I der AVB.</p> <p>Besonderheiten gelten für Versicherungsverträge zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung. Beachten Sie hierzu bitte ebenfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.</p>
<b>Leistungsausschlüsse</b>	<p><b>Kein Versicherungsschutz</b> besteht für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die beispielsweise vorsätzlich verursacht wurden.</p> <p>Weitere Leistungsausschlüsse entnehmen Sie dem Abschnitt „Einschränkungen der Leistungspflicht“ Teil I der AVB.</p> <p>Weitere Einschränkungen unserer Leistungspflicht können sich im Rahmen der Gesundheitsprüfung ergeben. Hierauf weisen wir gesondert hin.</p>
<b>Pflichten (Obliegenheiten)</b>	<p>Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles sind bestimmte Pflichten zu erfüllen.</p> <p><b>Fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzungen</b>, können uns berechtigen vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag zu kündigen.</p> <p>Einige Beispiele nennen wir Ihnen in diesem Produktinformationsblatt. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Obliegenheiten“ und „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ Teil I der AVB.</p>
<b>• bei Vertragsabschluss</b>	Soweit für den Abschluss des Versicherungsvertrages vorgesehen erfragen wir schriftlich oder in Textform Ihren Gesundheitszustand. Unsere <b>Gesundheitsfragen</b> sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
<b>• während der Vertragslaufzeit</b>	<p>Während der Vertragslaufzeit bestehen beispielsweise folgende Pflichten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.</li> <li>• Bitte beachten Sie, dass eine weitere Krankentagegeldversicherung oder Krankentagegeldversicherung nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden darf. Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankentagegeldversicherung bedarf ebenfalls unserer Einwilligung.</li> <li>• Sofern eine Krankentagegeldversicherung besteht, teilen Sie uns einen Berufswechsel oder eine Änderung der beruflichen Tätigkeit bitte unverzüglich mit.</li> </ul>
<b>• bei Eintritt des Versicherungsfalles</b>	Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind <b>insbesondere</b> Sie verpflichtet, uns alle zur Feststellung des Leistungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendige Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zu überlassen. Bitte lassen Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen, falls dies von uns als notwendig erachtet wird.
<b>Beginn und Ende des Versicherungsschutzes</b>	<p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beginn des Versicherungsschutzes“ und „Ende des Versicherungsschutzes“ Teil I der AVB.</p>
<b>Hinweise zur Beendigung des Vertrages</b>	<p>Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Ende der Versicherung“ Teil I der AVB.</p> <p>Besonderheiten gelten für Versicherungsverträge zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung. Beachten Sie hierzu bitte ebenfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.</p>

# Anmeldung zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung für Firmen

## Ambulante Zusatzversicherung – Gothaer MediGroup A



AN212305

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

Arbeitgeber/ Firma \_\_\_\_\_ Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_ GKR-Firmennummer \_\_\_\_\_

Antragsteller/ Hauptversicherter/ 1. zu versichernde Person  männlich  weiblich  
 Mitarbeiter/Arbeitnehmer des Vertragspartners (Titel, Vorname, Name) \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Personalnummer \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_

Mit zu versichernde 2. Person  männlich  weiblich    Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)  
 3. Person  männlich  weiblich    Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)  
 4. Person  männlich  weiblich    Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Versicherungs-umfang und Beitrags-berechnung    Person 1    Person 2    Person 3    Person 4    Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag \_\_\_\_\_  
**MediGroup A**    Tarif \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_  
 Alle Währungsangaben in Euro.

Beginn und Dauer der Versicherung    **0 1 2 0**    Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedienungsgemäß gekündigt wird. Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit LSV möglich.

Zahlweise  jährlich (4% Nachlass)     1/2-jährlich     1/4-jährlich     monatlich  
 Einzugs-ermächtigung (LSV) Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  wie bisher  
 Kontonummer \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch) \_\_\_\_\_  
 Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name und Ort) \_\_\_\_\_

**Hinweis zur Versicherungsfähigkeit** Bitte beachten: Versichert werden können nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

**Angaben zum Gesundheitszustand** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.

Frage	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>							
a) in den letzten 3 Jahren <b>ambulant</b> durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe	<input type="checkbox"/>							
b) in den letzten 3 Jahren <b>stationär</b> (auch in Kurkliniken oder Sanatorien)	<input type="checkbox"/>							
c) in den letzten 3 Jahren aufgrund <b>psychischer oder psychosomatischer</b> Erkrankungen/Störungen (auch Therapien/Gesprächstherapien)	<input type="checkbox"/>							
2. Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zurzeit	<input type="checkbox"/>							
a) Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, amtlich anerkannte Behinderungen, Anomalien körperlicher/geistiger Art, auch wenn Sie nicht behandelt worden sind? (ggf. Grad der anerkannten Behinderung angeben)	<input type="checkbox"/>							
b) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (ggf. offenes HIV-Testergebnis angeben)	<input type="checkbox"/>							
3. a) Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?	<input type="checkbox"/>							
b) Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, voraussichtlichen Entbindungstermin angeben.	<input type="checkbox"/>							
4. Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, bitte Dioptrien angeben.	<input type="checkbox"/>							

**Größe und Gewicht sind immer anzugeben.**

Person	1	2	3	4
Größe in cm	_____	_____	_____	_____
Gewicht in kg	_____	_____	_____	_____

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	Grad der Behinderung		Vorraussichtlicher Entbindungstermin		Dioptrien		Person	links		rechts	
	Person	in %	Person		Person	links		rechts	Person	links	rechts
Person	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Frage	<b>Genaue Krankheitsbezeichnungen</b> (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis		<b>Behandlungszeiträume</b> (bei Arbeitsunfähigkeiten zusätzlich Dauer in Tagen) von – bis (TT.MM.JJ) / Tage		<b>Behandlungsfrei?</b> nein ja, seit _____		<b>Beschwerdefrei?</b> nein ja, seit _____		<b>Operationen?</b> nein ja _____		<b>Heilbehandler</b> (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
	_____		_____		_____		_____		_____		_____

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (211377) auszufüllen und beizufügen. **Gesondertes Beiblatt?**  nein  ja

Derzeitige Krankenversicherungen **Gesetzliche** Krankenversicherung für Person  1  2  3  4 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse    **Private** Krankenversicherung für Person  1  2  3  4 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenversicherung bestehende Tarife \_\_\_\_\_

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von § 8 Abs. 1 AB/KK 2009 wird der erste Beitrag mit dem Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

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

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz** Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

**Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung** **Mir ist bekannt**, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

**Zu diesem Zweck befreie ich** Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.

**Mir ist ferner bekannt**, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

**Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt**, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

**Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden**, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.

**Antragsbindenfrist** An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

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

---

**Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)** **Versicherungsnehmer** Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

**Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses** Das Versicherungsverhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

---

**Zustandekommen des Vertrages** Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

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

**Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**• Widerrufsfolgen** Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zustimmig haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**• Besondere Hinweise** **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

**Empfangsbekennnis** **Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass ich rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifs, einen Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

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

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

---

Vermittler Kontoinhaber Antragsteller/Versicherungsnehmer

# Anmeldung zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung für Firmen

## Stationäre Zusatzversicherung – Gothaer MediGroup S



AN211665

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

Arbeitgeber/ Firma \_\_\_\_\_  
 Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_ GKR-Firmennummer \_\_\_\_\_

Antragsteller/ Hauptversicherter/ 1. zu versichernde Person \_\_\_\_\_  
 Mitarbeiter/Arbeitnehmer des Vertragspartners (Titel, Vorname, Name) \_\_\_\_\_  
 männlich  weiblich  
 Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Personalnummer \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_

Mit zu versichernde 2. Person \_\_\_\_\_  
 männlich  weiblich Geburtsdatum \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

3. Person \_\_\_\_\_  
 männlich  weiblich Geburtsdatum \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Versicherungs-umfang und Beitrags-berechnung  
 Person 1 Person 2 Person 3 Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag  
**MediGroup S** \_\_\_\_\_  
 Tarif \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_ monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_  
 Alle Währungsangaben in Euro.

Beginn und Dauer der Versicherung **0 1 2 0**  
 Versicherungsbeginn  
 Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen).  
 Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedienungsgemäß gekündigt wird.  
 Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit LSV möglich.

Zahlweise  jährlich (4% Nachlass)  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich  
 Einzugs-ermächtigung (LSV) Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  wie bisher  
 Kontonummer \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch) \_\_\_\_\_  
 Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name und Ort) \_\_\_\_\_

**Hinweis zur Versicherungsfähigkeit** Bitte beachten: Versichert werden können nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Angaben zum Gesundheits-zustand Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.

	Person 1	Person 2	Person 3
	nein ja	nein ja	nein ja
1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) in den letzten 3 Jahren <b>ambulant</b> durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) in den letzten 3 Jahren <b>stationär</b> (auch in Kurkliniken oder Sanatorien)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) in den letzten 3 Jahren aufgrund <b>psychischer oder psychosomatischer</b> Erkrankungen/Störungen (auch Therapien/Gesprächstherapien)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zur Zeit			
a) Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, amtlich anerkannte Behinderungen, Anomalien körperlicher/geistiger Art, auch wenn Sie nicht behandelt worden sind? (ggf. Grad der anerkannten Behinderung angeben)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
b) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (ggf. offenes HIV-Testergebnis angeben)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. a) Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, voraussichtlichen Entbindungstermin angeben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Person 1 Person 2 Person 3  
 Größe in cm Gewicht in kg Größe in cm Gewicht in kg Größe in cm Gewicht in kg

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

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

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (211377) auszufüllen und beizufügen. **Gesondertes Beiblatt?**  nein  ja

Derzeitige Kranken-versicherungen  
 Gesetzliche Krankenversicherung für Person  1  2  3 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse  
 Private Krankenversicherung für Person  1  2  3 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenversicherung bestehende Tarife \_\_\_\_\_

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von § 8 Abs. 1 AB/KK 2009 wird der erste Beitrag mit dem Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

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

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz** **Ich willige ein**, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

**Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung** **Mir ist bekannt**, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

**Zu diesem Zweck befreie ich** Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.

**Mir ist ferner bekannt**, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

**Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt**, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

**Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden**, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.

**Antragsbindenfrist** An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

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

---

**Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)** **Versicherungsnehmer**  
 Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

**Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses**  
 Das Versicherungsverhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

---

**Zustandekommen des Vertrages** Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

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

---

**Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**• Widerrufsfolgen** Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei abteilt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**• Besondere Hinweise** **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

---

**Empfangsbekanntnis** **Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass ich rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifs, einen Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

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

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

Vermittler Kontoinhaber Antragsteller/Versicherungsnehmer

# Anmeldung zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung für Firmen

## Stationäre Zusatzversicherung für Unfälle – Gothaer MediGroup U



AN211686

Neuantrag  Änderung

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

GKR-Agenturnummer: **0** \_\_\_\_\_

VD-/MD-Agenturnummer: **1** \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/  
Firma: \_\_\_\_\_

Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

GKR-Firmennummer: \_\_\_\_\_

Antragsteller/  
Hauptversicherter/  
1. zu versichernde Person

Mitarbeiter/Arbeitnehmer des Vertragspartners (Titel, Vorname, Name)  männlich  weiblich

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Personalnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_

Mit zu versichernde 2. Person  männlich  weiblich

Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_

Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

3. Person  männlich  weiblich

Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_

Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

4. Person  männlich  weiblich

Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_

Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Versicherungs-  
umfang und  
Beitrags-  
berechnung

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag
Tarif	MediGroup U				
monatlicher Beitrag	_____	_____	_____	_____	_____

Alle Währungsangaben in Euro.

Eine Gesundheitsprüfung wird nicht durchgeführt.  
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Beginn und Dauer der Versicherung: **0 1 2 0**

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen).  
Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedienungsgemäß gekündigt wird.  
Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit LSV möglich.

Zahlweise  jährlich (4% Nachlass)  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich

Einzugs-ermächtigung (LSV)  Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  wie bisher

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch): \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name und Ort): \_\_\_\_\_

Hinweis zur Versicherungsfähigkeit: Bitte beachten: Versichert werden können nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglied einer deutschen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sind.

Derzeitige Krankenversicherungen

Gesetzliche Krankenversicherung für Person  1  2  3  4 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Private Krankenversicherung für Person  1  2  3  4 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenversicherung \_\_\_\_\_ bestehende Tarife \_\_\_\_\_

Kommunikationsdaten

Ich bin **widerruflich** damit einverstanden, dass mir schriftlich (auch per E-Mail oder Telefax) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der Gothaer und von den mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen gegeben werden. Einverständnis:  nein  ja

(freiwillige Angaben) Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Telefaxnummer: \_\_\_\_\_ E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist  Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von § 8 Abs. 1 AB/KK Unfall 2009 wird der erste Beitrag mit dem Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Hauptversicherten

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

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz** **Ich willige ein**, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

**Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung** **Mir ist bekannt**, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

**Zu diesem Zweck befreie ich** Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.

**Mir ist ferner bekannt**, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

**Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt**, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

**Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden**, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.

**Antragsbindenfrist** An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

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

**Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)** **Versicherungsnehmer**  
Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

**Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses**  
Das Versicherungsverhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

**Zustandekommen des Vertrages** Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

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

**Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**• Widerrufsfolgen** Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**• Besondere Hinweise** **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

**Empfangsbekanntnis** **Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass ich rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifs, einen Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

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

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

Vermittler Kontoinhaber Antragsteller/Versicherungsnehmer

# Anmeldung zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung für Firmen. Zahnärztliche Zusatzversicherung – Gothaer MediGroup Z, ZB



AN211964

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

**Arbeitgeber/ Firma**      **Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer**      GKR-Firmennummer

**Antragsteller/ Hauptversicherter 1. zu versichernde Person (VP)**       männlich       weiblich  
 Mitarbeiter/Arbeitnehmer des Vertragspartner (Titel, Vorname, Name)  
 Straße und Hausnummer  
 Staat      Postleitzahl      Ort      Personalnummer  
 Geburtsdatum      Staatsangehörigkeit      derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

**Mit zu versichernde 2. Person**       männlich       weiblich      Geburtsdatum      derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller)  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

**3. Person**       männlich       weiblich      Geburtsdatum      derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller)  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

**4. Person**       männlich       weiblich      Geburtsdatum      derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller)  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

**Versicherungsumfang und Beitragsberechnung** Bitte beachten Sie die „Informationen zur Antragstellung“ erläuterten Einschränkungen des Leistungsumfanges (S. 4), sowie die Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages gestellte Anträge auf Abschluss des Tarifs MediGroup Z und MediGroup ZB können auch abgelehnt werden.

VP	Monatlicher Beitrag MediGroup Z	Monatlicher Beitrag MediGroup ZB	Fehlende Zähne* 0 1 Anzahl	Monatlicher Gesamtbeitrag	Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag in EUR
1	+      ▶		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	▶	
2	+      ▶		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	▶	
3	+      ▶		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	▶	
4	+      ▶		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	▶	▶

Alle Währungsangaben in Euro.

\* Angabe der fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen). Zahnersatzmaßnahmen an bereits fehlenden Zähnen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Für bereits angeratene, geplante oder begonnene zahnärztliche Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.

**Beginn und Dauer der Versicherung**      **0 1 2 0**      **Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedienungsgemäß gekündigt wird. Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit LSV möglich.**  
 Versicherungsbeginn

**Zahlweise**       jährlich (4% Nachlass)       1/2-jährlich       1/4-jährlich       monatlich

**Einzugs-ermächtigung (LSV)**      Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:       wie bisher

Kontonummer      Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)  
 Bankleitzahl      Geldinstitut (Name und Ort)

**Hinweis zur Versicherungsfähigkeit** Bitte beachten: Versichert werden können nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

**Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist**       Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von Teil 1 § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit dem Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

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

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz** **Ich willige ein**, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Gothaer und die mit ihr konzerntmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

**Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung** **Mir ist bekannt**, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

**Zu diesem Zweck befreie ich** Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.

**Mir ist ferner bekannt**, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

**Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt**, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

**Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden**, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.

**Antragsbindenfrist** An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

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

**Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)** **Versicherungsnehmer**  
Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

**Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses**  
Das Versicherungsverhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsvertragfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

**Zustandekommen des Vertrages** Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

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

**Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**• Widerrufsfolgen** Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**• Besondere Hinweise** **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

**Empfangsbekennnis** **Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass ich rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife, einen Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

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

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Vermittler

Kontoinhaber

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft

**Vorsitzender des Aufsichtsrates:** Dr. Roland Schulz  
**Vorstand:** Michael Kurtenbach (Vorsitzender), Dr. Werner Görg, Dr. Helmut Hofmeier, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller

**Bankverbindung:**  
Kontonummer 79144506  
Bankleitzahl 370 100 50  
Postbank, Köln  
**USt-IdNr.:** DE 122786611

Handelsregister Köln, HRB 35505  
Postanschrift: 50598 Köln

**Hausanschrift** (Sitz der Gesellschaft): Arnoldiplatz 1, 50969 Köln

# Anmeldung zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung für Firmen

## Pflegeergänzungsschutz – Gothaer MediGroup PTG, PT2, PT3



AO/MA  Makler/Sonstige  GKR-Agenturnummer  VD-/MD-Agenturnummer

AN212449

Arbeitgeber/Firma: \_\_\_\_\_  
 Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
 GKR-Firmennummer: \_\_\_\_\_

Antragsteller/Hauptversicherter/1. zu versichernde Person:  männlich  weiblich  
 Mitarbeiter/Arbeitnehmer des Vertragspartners (Titel, Vorname, Name): \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 Staat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Personalnummer: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_

Mit zu versichernde 2. Person:  männlich  weiblich  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

3. Person:  männlich  weiblich  
 Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_  
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Person	Tarif PTG Stufe	monatlicher Beitrag	Tarif PT2 Stufe	monatlicher Beitrag	Tarif PT3 Stufe	monatlicher Beitrag	Monatlicher Gesamtbeitrag
1			+		+		▶
2			+		+		▶
3			+		+		▶

Das Pflege tagegeld darf insgesamt höchstens 75 EUR betragen (inkl. Tage gelder bei anderen Versicherungsunternehmen)

Beginn und Dauer der Versicherung: **0 1 2 0**  
**Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedienungsgemäß gekündigt wird. Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit LSV möglich.**

Zahlweise:  jährlich (4% Nachlass)  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich  
 Einzugs-ermächtigung (LSV): Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  wie bisher

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch): \_\_\_\_\_  
 Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name und Ort): \_\_\_\_\_

**Hinweis zur Versicherungsfähigkeit: Bitte beachten: Versichert werden können nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.**

**Angaben zum Gesundheitszustand: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.**

	Person 1	Person 2	Person 3
	nein ja	nein ja	nein ja
1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) in den letzten 3 Jahren <b>ambulant</b> durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in den letzten 5 Jahren <b>stationär</b> (auch in Kurkliniken oder Sanatorien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) in den letzten 5 Jahren aufgrund <b>psychischer oder psychosomatischer</b> Erkrankungen/Störungen (auch Therapien/Gesprächstherapien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. a) Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, amtlich anerkannte Behinderungen, Anomalien körperlicher/geistiger Art, auch wenn sie nicht behandelt worden sind? (ggf. Grad der anerkannten Behinderung angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (ggf. offenes HIV-Testergebnis angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Person 1: Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_  
 Person 2: Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_  
 Person 3: Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

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

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (211377) auszufüllen und beizufügen. **Gesondertes Beiblatt?**  nein  ja

Person: \_\_\_\_\_ Haben Sie bereits ein Pflege tagegeld? Wenn ja, wo? (Versicherungsunternehmen): \_\_\_\_\_ Höhe in Euro: \_\_\_\_\_

Derzeitige Krankenversicherungen: **Gesetzliche** Krankenversicherung für Person  1  2  3 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse **Private** Krankenversicherung für Person  1  2  3 bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenversicherung bestehende Tarife \_\_\_\_\_

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist:  Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von § 8 Abs. 1 AB/PV 2009 wird der erste Beitrag mit dem Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

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

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz** **Ich willige ein**, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

**Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung** **Mir ist bekannt**, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

**Zu diesem Zweck befreie ich** Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.

**Mir ist ferner bekannt**, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

**Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt**, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

**Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden**, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.

**Antragsbindenfrist** An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

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

**Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)** **Versicherungsnehmer**  
Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

**Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses**  
Das Versicherungsverhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

**Zustandekommen des Vertrages** Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

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

**Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**• Widerrufsfolgen** Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**• Besondere Hinweise** **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

**Empfangsbekanntnis** **Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass ich rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungstragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifs, einen Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

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

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

---

Vermittler Kontoinhaber Antragsteller/Versicherungsnehmer

<b>Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft</b>  Handelsregister Köln, HRB 35505 Postanschrift: 50598 Köln	<b>Vorsitzender des Aufsichtsrates:</b> Dr. Roland Schulz <b>Vorstand:</b> Michael Kurtenbach (Vorsitzender), Dr. Werner Görg, Dr. Helmut Hofmeier, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller  <b>Hausanschrift</b> (Sitz der Gesellschaft): Arnoldiplatz 1, 50969 Köln	<b>Bankverbindung:</b> Kontonummer 79144506 Bankleitzahl 370 100 50 Postbank, Köln <b>USt-IdNr.:</b> DE 122786611
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Allgemeine Kundeninformationen

## Information zum Versicherer

- **Gesellschaftsangaben**  
(Identität des Versicherers)

### **Gothaer Krankenversicherung AG**

Rechtsform Aktiengesellschaft  
Registergericht und Registernummer Amtsgericht Köln, HRB 35505  
Ust - IdNr. DE 122786611

Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Roland Schulz  
Vorstandsvorsitzender Michael Kurtenbach  
Vorstand Dr. Werner Görg  
Dr. Helmut Hofmeier  
Jürgen Meisch  
Dr. Hartmut Nickel-Waninger  
Oliver Schoeller

- **Ladungsfähige Anschrift**

Postanschrift 50598 Köln  
Hausanschrift Arnoldiplatz 1  
50969 Köln

## Hauptgeschäftstätigkeit

Direkter und indirekter Betrieb der privaten Krankenversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

## Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Bereich Versicherungen  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn

## Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

### **Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.**

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

- **Versicherungsombudsmann**

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

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

## Garantie-/Sicherungsfonds (Entschädigungsregelungen)

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

## Informationen zur Versicherungsleistung und zum Gesamtbeitrag

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

## Informationen zum Vertrag

- **Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben**

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben.

Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag.

- **Bindefrist**

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages sechs Wochen gebunden.

- **Zustandekommen des Vertrages**

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

- **Widerrufsrecht** Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertrags-gesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.
- **Widerrufsfolge** Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.  
**Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.** Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
- **Besondere Hinweise** **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht** nicht bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.
- **Laufzeit des Vertrages** Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. Vorschlag.
- **Beendigung des Vertrages** Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.
- **Vertragsprache** Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt. Im Einzelfall können andere Vereinbarungen getroffen werden.
- **Anwendbares Recht** Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- **Gerichtsstand** Ansprüche gegen den Versicherer können Sie bei dem Gericht am Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder vor dem Landgericht Köln (Sitz des Versicherers) geltend machen.

# Merkblatt zur Datenverarbeitung

## Vorbemerkung

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

## Einwilligungserklärung

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

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

## Schweigepflicht-entbindungserklärung

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

## Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung

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

### 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

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

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

### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

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

### 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

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

### 4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

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

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

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

Beispiele:

**Kfz-Versicherer:**

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

**Lebensversicherer/Krankenversicherer:**

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

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

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

Zweck: Risikoprüfung.

**Unfallversicherer:**

Meldung bei

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

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

**Sachversicherer:**

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

**Transportversicherer:**

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

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

## 5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

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

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

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

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

Unserem Konzern gehören derzeit folgende Unternehmen an:

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

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

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

## **6. Betreuung durch Versicherungsvermittler**

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

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

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

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

## **7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte**

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

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

# Auszug aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag (Muster)

Inhalte der wesentlichen Regelungen des Gruppenversicherungsvertrages mit

Firma / Verein / Körperschaft  
Musterweg 99  
99999 Musterstadt

Firma / Verein / Körperschaft ist Versicherungsnehmer. Alle gesetzlichen Vertreter und Arbeitnehmer/Mitglieder des Versicherungsnehmers haben die Möglichkeit, als „**hauptversicherte Personen**“ an dem Gruppenversicherungsvertrag teilzunehmen.

Neben Ehegatten und Kindern können auch Lebenspartner der gesetzlichen Vertreter bzw. Arbeitnehmer/Mitglieder „**mitversichert**“ werden, sofern sie mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben. Kinder können bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres mitversichert werden, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn eine Schul- oder Berufsausbildung noch nicht abgeschlossen ist. Der Versicherungsschutz einer mitversicherten Person darf nicht höher oder umfassender sein als der einer versicherten Person.

Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages ist die **Produktlinie MediGroup** (ggf. namentlich benannte Tarife) der Gothaer Krankenversicherung AG.

Maßgebend für die einzelnen Versicherungsverhältnisse sind die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Beiträge.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis (Versicherungsschein) bezeichneten Zeitpunkt. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn.

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung von Wartezeiten.

Die monatlichen Beiträge werden entweder von den jeweiligen versicherten Personen im Wege des Lastschriftverfahrens entrichtet, oder gesammelt vom Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) auf ein vom Versicherer zu bestimmendes Konto überwiesen bzw. von einem vom Versicherungsnehmer Arbeitgeber benannten Konto eingezogen.

Werden die Beiträge von den versicherten Personen eingezogen, sind diese ausschließlich für etwaige Beitragsrückstände verantwortlich. Die Rechtsfolgen bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, richten sich nach §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Sie bleiben auf die Versicherungsverhältnisse der versicherten Personen einschließlich der bei diesen mitversicherten Personen beschränkt, bei denen eine rechtzeitige Beitragszahlung nicht stattgefunden hat.

Für die versicherten Personen endet der Versicherungsschutz bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages, bei Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis, bei Anfechtung oder Rücktritt seitens des Versicherers oder durch Kündigung seitens des Versicherten (insoweit gelten die Bestimmungen über die Kündigung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechend).

Im Falle der Beendigung bzw. des Ablaufs des Gruppenversicherungsvertrages oder des Ausscheidens aus dem versicherungsfähigen Personenkreis haben die versicherten Personen, die mindestens drei Monate im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versichert waren, das Recht, innerhalb von zwei Monaten ein Angebot des Versicherers zur Fortsetzung der Versicherung nach Tarifen und den Bedingungen einer Einzelversicherung zu verlangen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit vorliegen. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt.

Die in dem Gruppenversicherungsvertrag zurückgelegte Versicherungszeit wird auf etwaige Höchstsatzregelungen angerechnet und auf die Einhaltung von Wartezeiten wird verzichtet, soweit der Einzelvertrag Versicherungsleistungen vorsieht, die auch nach dem Gruppenversicherungsvertrag versichert waren. Soweit sich keine Mehrleistungen ergeben, erfolgt die Fortsetzung als Einzelversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Besondere Vereinbarungen bleiben bestehen, vereinbarte Risikozuschläge werden im entsprechenden Verhältnis in der Einzelversicherung beibehalten.

Die Korrespondenz erfolgt unmittelbar mit den versicherten Personen, sofern es sich um Angelegenheiten handelt, die ausschließlich das Versicherungsverhältnis der versicherten Personen betreffen.

Die versicherten Personen haben für sich selbst einen unmittelbaren Anspruch auf Versicherungsleistungen gegen den Versicherer.

Soweit es erforderlich wird, Daten des Vertragspartners/ Versicherungsnehmers zu verarbeiten, erfolgt dies aufgrund der Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Der Vertragspartner/Versicherungsnehmer erklärt sich mit dem Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung, welches zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen ausgehändigt wurde, einverstanden.

**Erstattungsanträge und Schriftwechsel bitte immer unter Angabe der Versicherungsnummer über:**

**Gothaer Krankenversicherung AG**  
**Abt. GBL 14 / Gruppenversicherung / Firmenummer xxxx**  
**Arnoldiplatz 1**  
**50969 Köln**

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AB/KK 2009)

(Stand: 01.01.2009)

## Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK 2009)

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben.
3. 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.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I), dem Tarif (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. 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.
6. Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 5 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 5 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
7. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

#### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.  
Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
3. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

### § 3

#### Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.  
Sie entfällt
  - a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetzes (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.
5. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.  
Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.  
Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen. Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.  
Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen gemäß § 1 Abs. 5, zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss vereinbart wurde.
6. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, 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.
7. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### § 4

#### Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I) und dem Tarif (AVB, Teil II).  
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
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. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
4. Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandler im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
5. Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.
6. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
7. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.
8. Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.  
Soweit keine amtlichen Gebührensätze vereinbart sind oder es an einer entsprechenden Taxe fehlt, gelten die in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Sätze.
9. Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.

10. 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.
11. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.  
In Krankenhäusern, die nicht nach der BpflV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
12. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
13. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 10, 11 und 12 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
14. 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.
15. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
16. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.

**§ 5  
Einschränkung der Leistungspflicht**

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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
3. Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
4. Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.
5. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, 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.

6. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muss der Heilbehandler in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
7. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder Leistungen eines ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
8. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 6

### Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zunahme der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
3. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
4. Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
6. 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.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.  
Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank.  
Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 7

### Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 8

### Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
8. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
9. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
10. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## **§ 9 Obliegenheiten**

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. 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.
5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 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 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**

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

## **§ 12 Aufrechnung**

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

## **Ende der Versicherung**

### **§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

4. Bei einer Beitragsanpassung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. § 18 AVB).
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 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 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.

**§ 14  
Kündigung durch den  
Versicherer**

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

**§ 15  
Sonstige Beendigungsgründe**

1. Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod 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.
4. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, endet die Versicherung mit dem Tod der versicherten Person. Darüber hinaus endet die Versicherung mit
  - dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis,
  - dem Wegfall der für den Tarif geltenden Versicherungsfähigkeit,
  - der Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

**Sonstige Bestimmungen**

**§ 16  
Willenserklärungen und  
Anzeigen**

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

**§ 17  
Gerichtsstand**

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

**§ 18  
Änderungen der Allgemeinen  
Versicherungsbedingungen  
und der Beiträge**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

# Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

## § 14 Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

## § 19 Anzeigespflicht

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

## § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

## § 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.

## § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2. und 3. mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2. bleibt unberührt.

## § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1. nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

## Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

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

# Krankheitskosten-Tarif MediGroup A für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Stand: 01.01.2009

## Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

- 1. Zuzahlungen/Praxisgebühr**

**100 %** der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (siehe Anhang, § 61 SGB V) für

  - Arznei- und Verbandmittel (vgl. Abschnitt B.1),
  - Heilmittel,
  - Hilfsmittel (vgl. Abschnitt B.2),

sofern diese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden.

  - Hin- und Rückfahrten im Rahmen einer ambulanten Behandlung, die nachweislich von der GKV genehmigt sind.
  - die Inanspruchnahme der an einer ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (Praxisgebühr), bis zu **40 EUR** pro Kalenderjahr.
- 2. Sehhilfen**

**100 %** der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Erstattungsbetrag von **120 EUR** pro Kalenderjahr.
- 3. Heilpraktiker/Naturheilverfahren durch Ärzte**

**80 %** der Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis (in der jeweils gültigen Fassung) bis zu einem Erstattungsbetrag von **1.000 EUR** pro Kalenderjahr.  
Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet.

### B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

#### Erläuterungen

1. Kosten, die die Festbeträge bei Arznei- und Verbandmitteln nach § 35 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediGroup A nicht erstattet.
2. Kosten für einzelne Hilfsmittel, die die Festbeträge nach § 36 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediGroup A nicht erstattet.
3. Stellt der Versicherte einen Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen nach § 62 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nicht, obwohl ein Anspruch hierauf besteht, werden Leistungen für Zuzahlungen/Praxisgebühr aus Tarif MediGroup A nicht erbracht.
4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
5. Eine Erstattung der Zuzahlungen erfolgt nach Vorlage des Zuzahlungsbelegs (Original) und der zugehörigen Verordnung (Kopie). Sonstige entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sein müssen.
6. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.
8. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsantrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
9. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen.

## C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

### Erläuterungen

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Tarif MediGroup A im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

Bei Ausscheiden aus der GKV oder aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup A zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV oder dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

## D. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## E. Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

### Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres ununterbrochen bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen beantragt oder Rechnungsbelege zur Prüfung eingereicht worden sind.
- b) die Versicherung am 30.06. des folgenden Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer beendet wurde.

Die Beitragsrückerstattung beträgt:

- 3 Monatsbeiträge für ein leistungsfreies Kalenderjahr,
- 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre,
- 5 Monatsbeiträge für drei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre.

Für das Kalenderjahr des Versicherungsbeginns wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nur gezahlt, sofern die Versicherung ein volles Kalenderjahr bestanden hat. Leistungsfreie Kalenderjahre, für die in einem anderen Tarif eine Beitragsrückerstattung beansprucht werden kann, werden bei einem Tarifwechsel in Tarif MediGroup A nicht angerechnet.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

## Anhang:

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

### § 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen
  1. denselben Wirkstoffen,
  2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
  3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen, zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind.

Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen.

- (1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 eine Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 mit mindestens drei Arzneimitteln gebildet und ein Festbetrag festgesetzt werden, sofern die Gruppenbildung nur für Arzneimittel erfolgt, die jeweils unter Patentschutz stehen. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten.

...

### § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

### § 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

### § 62 Belastungsgrenze

- (1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt;  
für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.  
Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
  1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
  2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen.

Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen.

Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

# Krankheitskosten-Tarif MediGroup S

## Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

Stand: 01.01.2009

### Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

#### A. Tarifleistungen

##### Leistungen des Versicherers

###### 1. Stationäre Heilbehandlung

- 100 %** der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen für
- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Transport im Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber, je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
  - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

**100 %** des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.

Werden keine Vorleistungen eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers nachgewiesen, so werden die Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen erstattet.

In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird als Zuschlag für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer die Differenz zwischen den Pflegesätzen für das Ein- oder Zweibettzimmer zum Pflegesatz für das Drei- oder Mehrbettzimmer angesetzt.

###### 2. Ambulante Operation

Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels. Voraussetzung ist, dass diese innerhalb von fünf Tagen vor der Operation und 14 Tagen nach der Operation erfolgen. Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt, bzw. auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen (§ 115a SGB V).

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

#### B. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

##### Leistungen des Versicherers

###### Krankenhaustagegeld

Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.

**46,00 EUR** bei nicht gesondert berechneten ärztlichen Leistungen

**26,50 EUR** bei nicht gesondert berechneter Unterbringung.

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

## C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

### Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Tarif **MediGroup S** im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

Bei Ausscheiden aus der GKV oder aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach Tarif **MediGroup S** zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV oder dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

## D. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

### Erläuterung

1. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
2. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.
3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen.

## E. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge sind das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

# Zahnersatz-Tarif MediGroup Z für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand: 01.01.2009)

## Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnersatz**

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt

**100 %** der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1 und B.3) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (siehe Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

**80 %** der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Erstattet werden mindestens die Kosten der Zahnersatzbehandlung und Implantate, die unter Anrechnung der Leistungen der GKV im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V aus diesem Tarif erstattet worden wären.

Der Erstattungssatz beträgt

**75 %**, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen und

**70 %**, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.

Bei der Versorgung mit Implantaten (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) werden die Kosten für maximal vier Implantate je Kiefer erstattet.

Wird eine befundbezogene Vorleistung der GKV nicht erbracht, entfällt eine Erstattung aus Tarif MediGroup Z. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete befundbezogene Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
- 2. Höhe der Erstattung**

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediGroup Z begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

**750 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,

**1.500 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 6) entfallen diese Höchstsätze.

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

### B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

#### Erläuterungen

- Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stiftzähne, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.
- Als Aufwendungen für Implantate werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).
- Entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.
- Für die Inanspruchnahme von Leistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.
- Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

7. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
8. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.
9. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
10. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen.

## **C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung**

### **Erläuterung**

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Tarif MediGroup Z im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

Bei Ausscheiden aus der GKV oder aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup Z zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV oder dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

## **D. Beiträge**

### **Beitragsberechnung**

1. Für die Höhe der Beiträge sind das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91., Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

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

**Zahnersatz**

**§ 55 Leistungsanspruch**

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
  2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.
- Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.
- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
  2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
  3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.
- Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.
- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Unfall (AB/KK Unfall 2009)

(Stand: 01.01.2009)

## Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK Unfall 2009)

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Unfallfolgen 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. Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben.
3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der stationären Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

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

Als Versicherungsunfall gelten auch

- a) Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet.
  - b) Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche, die als Folge eines Unfalls auftreten.
  - c) Erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule und wenn dadurch ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
  - d) Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ausströmender Gase oder Dämpfe, wenn besondere Umstände den Versicherten dazu zwingen, sich diesen Einwirkungen mehrere Stunden lang aussetzen, mit Ausnahme von Berufs- und Gewerbekrankheiten.
  - e) Tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
  - f) Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Einer Infektion gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen.
  - g) Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- oder Laser- oder Maserstrahlen, aber auch Gesundheitsschädigungen durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen fallen unter den Versicherungsschutz, soweit sich diese Gesundheitsschädigungen als Unfälle darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben in diesem Zusammenhang Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind. Ferner bleiben vom Versicherungsschutz Gesundheitsschädigungen durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen.
  - h) Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Mitversichert sind Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I), dem Tarif (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
  5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 2). 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.
  6. Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 5 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 5 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
  7. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

**§ 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). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.  
Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
3. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

**§ 3**  
**Wartezeiten**

1. Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung von Wartezeiten.

**§ 4**  
**Umfang der Leistungspflicht**

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I) und dem Tarif (AVB, Teil II).  
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
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. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.  
Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
4. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
5. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, die sich in Folge eines Unfalls einstellen können, zu vermeiden.
6. Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.
7. Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.
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. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.  
In Krankenhäusern, die nicht nach der BPFV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
10. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
11. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8, 9 und 10 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
12. 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.

13. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
14. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.

## § 5

### Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren;  
Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkohol unter 1,1 Promille liegt;
  - b) für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen und Schlägereien gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhändeln, innere Unruhen und Schlägereien verwickelt wird;
  - c) für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
  - d) für versicherte Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III, entsprechend der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), festgestellt ist. Mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach dem abgeschlossenen Tarif (vgl. § 15 AVB). Dies gilt nicht, sofern die Pflegebedürftigkeit in Folge eines Unfalls nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintritt;
  - e) für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;  
Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf ein Erzielen einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten) gelten nicht als Rennveranstaltung im Sinne dieser Bestimmung;
  - f) für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden;
  - g) für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;  
Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff im Sinne dieser Bestimmung.
  - h) für Infektionen, die nicht nach § 4 AVB versichert sind;
  - i) für Vergiftungen, die nicht nach § 4 AVB versichert sind;
  - j) für Unfälle durch Strahlen, die nicht nach § 4 AVB versichert sind. Ferner sind Unfälle ausgeschlossen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind;
  - k) für Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter den Tarif fallendes Unfallereignis nach § 4 AVB die überwiegende Ursache ist.
  - l) für Bauch- oder Unterleibsbrüche;  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Bauch- oder Unterleibsbruch durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende, direkte Einwirkung auf den Bauch- und Unterleibsbereich verursacht wurde und diese Gewalteinwirkung durch medizinische Befunde belegt ist.
  - m) 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;
  - n) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

- o) 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 einen vom Aufenthaltswort unabhängig dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - p) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - q) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
  - r) für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht;
  - s) für Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten;
  - t) für auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen;
  - u) für die Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, 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. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muss der Heilbehandler in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
  4. Für Unfallfolgen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehen, wird nicht geleistet.
  5. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder Leistungen eines sonstigen ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
  6. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

**§ 6  
Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zunahme der behandelten Person, Bezeichnung der Erkrankung/Verletzungen in Folge des Unfalls, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten.  
Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
3. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
4. Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Verletzungen in Folge des Unfalls sowie Dauer des Aufenthaltes.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
6. 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.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.  
Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausaussweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

**§ 7  
Ende des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
8. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
9. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
10. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

### § 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. 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.
5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist 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

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

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

**§ 12  
Aufrechnung**

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

## **Ende der Versicherung**

**§ 13  
Kündigung durch den  
Versicherungsnehmer**

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Bei einer Beitragsanpassung oder einer Änderung der tariflichen Leistungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. § 18 AVB).
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 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 unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von drei 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.

**§ 14  
Kündigung durch den  
Versicherer**

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.  
Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.  
Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

**§ 15  
Sonstige Beendigungsgründe**

1. Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod 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.
4. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, endet die Versicherung mit dem Tod der versicherten Person. Darüber hinaus endet die Versicherung mit
  - dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis,
  - dem Wegfall der für den Tarif geltenden Versicherungsfähigkeit,
  - der Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

## **Sonstige Bestimmungen**

**§ 16  
Willenserklärungen und  
Anzeigen**

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

**§ 17  
Gerichtsstand**

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

**§ 18**  
**Änderungen der Allgemeinen**  
**Versicherungsbedingungen**  
**und der Beiträge**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

## **Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

**§ 14**  
**Fälligkeit der Geldleistung**

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des 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**

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

**§ 28**  
**Verletzung einer vertrag-**  
**lichen Obliegenheit**

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.  
:  
:  
:

**§ 37**  
**Zahlungsverzug bei**  
**Erstprämie**

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

**§ 38**  
**Zahlungsverzug bei**  
**Folgeprämie**

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

**§ 86  
Übergang von  
Ersatzansprüchen**

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

**Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz**

**§ 1  
Form und Voraussetzungen**

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

# Krankheitskosten-Tarif MediGroup U

## Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2009)

**Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**  
(gilt nur in Verbindung mit Teil I **AB/KK Unfall 2009**)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

- 1. Stationäre Heilbehandlung**
- 100 %** der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen für
- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Transport im Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber, je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
  - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.
- 100 %** des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.
- Werden keine Vorleistungen eines privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträgers nachgewiesen, so werden die Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen erstattet.
- In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird als Zuschlag für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer die Differenz zwischen den Pflegesätzen für das Ein- oder Zweibettzimmer zum Pflegesatz für das Drei- oder Mehrbettzimmer angesetzt.
- 2. Ambulante Operation**
- Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels. Voraussetzung ist, dass diese innerhalb von fünf Tagen vor der Operation und 14 Tagen nach der Operation erfolgen. Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt, bzw. auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen (§ 115a SGB V).
- Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

### B. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

#### Leistungen des Versicherers

- Krankenhaustagegeld**
- Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
- 46,00 EUR** bei nicht gesondert berechneten ärztlichen Leistungen
- 26,50 EUR** bei nicht gesondert berechneter Unterbringung.
- Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

### C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

#### Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die **MediGroup U** im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

Bei Ausscheiden aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach **Tarif MediGroup U** zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AB/KK 2010)

(Stand: 01.04.2010)

## Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK 2010)

### Der Versicherungsschutz

#### § 1

##### Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben.
3. 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.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I), dem Tarif (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. 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.
6. Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 5 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 5 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
7. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

#### § 2

##### Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
3. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

### § 3

#### Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.  
Sie entfällt
  - a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetzes (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.
5. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.  
Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.  
Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen. Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.  
Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss vereinbart wurde.
6. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, 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.
7. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### § 4

#### Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I) und dem Tarif (AVB, Teil II).  
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
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. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
4. Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandler im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
5. Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.
6. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
7. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.
8. Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.  
Soweit keine amtlichen Gebührensätze vereinbart sind oder es an einer entsprechenden Taxe fehlt, gelten die in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Sätze.
9. Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.
10. 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.

11. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.  
In Krankenhäusern, die nicht nach der BPFV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
12. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
13. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 10, 11 und 12 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
14. 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.
15. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
16. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.

**§ 5  
Einschränkung der Leistungspflicht**

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 Aufenthaltswortzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
3. Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
4. Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.
5. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, 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.
6. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muss der Heilbehandler in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.

7. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder Leistungen eines ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
8. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 6

### Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
3. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
4. Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
6. 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.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.  
Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank.  
Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 7

### Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 8

### Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

8. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
9. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
10. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

#### **§ 8a Beitragsberechnung**

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen 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.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

#### **§ 8b Beitragsanpassung**

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem 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.
2. Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche Satz beträgt 10%. Eine Anpassung kann entsprechend den Regelungen des § 8 bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5% festgestellt wird.
3. Die Höhe der Entbindungspauschale (§ 4 Abs. 16 AVB) sowie tariflich vereinbarte Höchstsätze und Ersatzleistungen für Nichtinanspruchnahme der versicherten Leistungen werden bei einer Beitragsanpassung überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls der Kostenentwicklung angepasst.
4. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
5. 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 Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. 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.
5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

#### **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 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 kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

**§ 11  
Obliegenheiten und Folgen  
bei Obliegenheitsver-  
letzungen bei Ansprüchen  
gegen Dritte**

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

**§ 12  
Aufrechnung**

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

**Ende der Versicherung**

**§ 13  
Kündigung durch den  
Versicherungsnehmer**

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
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 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 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.

**§ 14  
Kündigung durch den  
Versicherer**

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.  
Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.  
Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

**§ 15  
Sonstige Beendigungsgründe**

1. Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod 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.
4. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, endet die Versicherung mit dem Tod der versicherten Person. Darüber hinaus endet die Versicherung mit
  - dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis,
  - dem Wegfall der für den Tarif geltenden Versicherungsfähigkeit,
  - der Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

## Sonstige Bestimmungen

- § 16**  
**Willenserklärungen und Anzeigen**
- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.
- § 17**  
**Gerichtsstand**
1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
  2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
  3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist ein 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 Änderung 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.
- ## Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- § 14**  
**Fälligkeit der Geldleistung**
1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
  2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
  3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
- § 19**  
**Anzeigepflicht**
- .
- .
- .
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- § 28**  
**Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**
1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
  2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- § 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.

**§ 38**  
**Zahlungsverzug bei**  
**Folgeprämie**

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2. und 3. mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2. bleibt unberührt.

**§ 86**  
**Übergang von**  
**Ersatzansprüchen**

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1. nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

**Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz**

**§ 1**  
**Form und Voraussetzungen**

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

# Tarif MediGroup ZB für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.04.2010)

## Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2010)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnbehandlung**                      **100 %** der nach Vorleistung eines Trägers der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Inlays und Kronen, vgl. Abschnitt B. 2.) und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.
- Werden keine Vorleistungen eines Trägers der GKV nachgewiesen, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen zu **80 %** erbracht.
- 2. Zahnprophylaxe**                      **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen (vgl. Abschnitt B. 6.). Als Zahnprophylaxemaßnahmen werden erstattet:
- Professionelle Zahnreinigung bis zu einem Betrag von **100 EUR** pro Kalenderjahr,
  - Versiegelung (Fissurenversiegelung),
  - Fluoridierung,
  - Speicheltest zur Keimbestimmung,
  - Erstellung eines Mundhygienestatus,
  - Kariesrisikodiagnostik.

### B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Als Nachweis der Aufwendungen nach Ziffer 1 sind Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken der GKV vorzulegen.
  2. Aufwendungen für Inlays/Einlagefüllungen und Kronen sind nicht versichert.
  3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt. Die Höhe einer Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt müssen nachgewiesen werden.
  4. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
  5. Die Erstattung aus dem Tarif darf zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
  6. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

### C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

- Erläuterungen**
- Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der deutschen GKV versichert sind.
- Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif **MediGroup ZB** zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

### D. Beiträge

- Beitragsberechnung**
1. Für die Höhe der Beiträge sind das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
  2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
  3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## D. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

### Erläuterung

1. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
2. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen.

## E. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge sind das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2009)

## Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2009)

## Teil II Tarifbedingungen (TB/PV 2009)

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pfl egetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
2. Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
3. Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
4. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
  - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
  - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
5. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
  - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
  - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
6. Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
  - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
7. Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
8. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
9. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Allgemeinen Bedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

9.1 Personen mit erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

10. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
11. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Aufwendungen für Pflege in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

12. 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 Antrages spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). 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 ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten.

## **§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. 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 die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.1 Werden Personen nachversichert oder nachträglich Tarife mit höheren Leistungen abgeschlossen, so gelten für diesen Teil des Vertrages die gleichen Bestimmungen wie für einen Neuabschluss. Eine Ausnahme bildet die im Pflegegeldtarif vorgesehene Anpassungsmöglichkeit.

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit 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.

## **§ 3 Wartezeit**

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
2. Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

2.1 Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

2.2 Die Bestimmungen über die Wartezeit gelten auch für Mehrleistungen infolge einer vom Versicherungsnehmer beantragten Vertragsänderung.

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

## **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

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

1.1 Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt frühestens nach ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit sowie nach Vorliegen der in den §§ 1 u. 6 genannten Voraussetzungen. Die Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls eine Änderung der Pflegestufe muss dabei nach ärztlicher Bescheinigung auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate bestehen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

1.2 Bei Änderungen des Leistungsumfanges der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflege-Versicherungsgesetz) kann der Versicherer eine Anpassung der in den Tarifen genannten Leistungen vornehmen. Gleiches gilt für die Definition der Pflegestufen und der Pflegebedürftigkeit (im Teil I der AVB), die an den jeweiligen Wortlaut des Pflege-Versicherungsgesetzes angepasst wird. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gilt gemäß § 13 Abs. 3.

1.3 Für die Feststellung, welchem Kalenderjahr eine Leistung zuzuordnen ist, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt maßgebend.

2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie Änderungen der Pflegestufe sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

2.1 Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.

## **§ 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;
  - c) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
  - d) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung aus seiner Krankenversicherung hat;
  - e) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
  - f) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, 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 nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
  - g) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
2. Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Pflege 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 eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, soweit der Tarif Ersatz von Pflegekosten vorsieht, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
  - 1.1 **Pflegetagegelder werden nachträglich in monatlichen Abständen gezahlt.**
  2. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
    - 2.1 **Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein. Insbesondere müssen sie enthalten: Name der gepflegten Person, die Diagnose bzw. den Grund der Pflegebedürftigkeit, Behandlungsdaten sowie die Bezeichnung der erbrachten Leistungen.**
    - 2.2 **Von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachte Leistungen müssen von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.**
  3. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
  4. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
  5. Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
  6. Von den Leistungen können die Kosten für Überweisungen und für Übersetzungen abgezogen werden, für Überweisungen, wenn der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
    - 6.1 **Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.**
  7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

## § 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.

1.1 Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Ansonsten gilt als Versicherungsjahr das Kalenderjahr.

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.

2.1 Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von  
2 % bei halbjährlicher Zahlung,  
4 % bei Jahreszahlung.

3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins 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 (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus den Tarifbedingungen ergibt.

5.1 Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,77 EUR.

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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

#### 7.1 Beitragsrückerstattung

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,
- Auszahlung oder Gutschrift.

Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

Der Vorstand bestimmt den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung. Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

#### 7.2 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge nach Maßgabe des § 12 a VAG (siehe Anhang) jährlich zugeschrieben.

### § 8a Beitragsberechnung

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

1.1 Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter (= bei Versicherungsbeginn vollendete Lebensjahre) der versicherten Person.

1.2 Die Beiträge für Kinder und Jugendliche gelten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem Monat der Vollendung des 21. Lebensjahres ist der Erwachsenen-Beitrag des jeweiligen Geschlechts zu zahlen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens zwei Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und 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 während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## **§ 8b** **Beitragsanpassung**

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich 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 dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, so 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.
  - 1.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10 %. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5 % festgestellt wird.  
Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5%.  
Unter den gleichen Voraussetzungen können im Rahmen des Vergleichs der Versicherungsleistungen und der Sterbewahrscheinlichkeiten auch betragsmäßig festgesetzte Höchstsätze angepasst werden.
2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
4. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## **§ 9** **Obliegenheiten**

1. Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der in den Tarifbedingungen festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
  - 1.1 Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage des Vordruckes auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.
2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (s. Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d).
3. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) 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.
4. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
5. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
6. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

**§ 10**  
**Folgen von Obliegenheits-**  
**verletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 bis 1 wird ein vereinbartes Pfllegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
2. Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre 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 nicht versicherungsrechtlicher Art 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 Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

**§ 12**  
**Aufrechnung**

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

**Ende der Versicherung**

**§ 13**  
**Kündigung durch den**  
**Versicherungsnehmer**

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
  - 1.1 Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Ansonsten gilt als Versicherungsjahr das Kalenderjahr.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
  - 2.1 Kündigt der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 2 das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter 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.
4. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, 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 Tarife 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 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 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. 6 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. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers bzw. eines Mitgliedstaats der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Europäischen Wirtschaftsraums, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
  - 3.1 Liegt ein Scheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.
4. In der Pfl egetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

**Sonstige Bestimmungen**

**§ 16**  
**Willenserklärungen und**  
**Anzeigen**

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

**§ 17**  
**Gerichtsstand**

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

**§ 18**  
**Änderungen der Allgemeinen**  
**Versicherungsbedingungen**

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

**1.1 Beitragsänderung**

- a) Eine Erhöhung der Beiträge nach § 18 Abs. 1 ist auch zulässig, wenn aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen eine nachhaltige Verschlechterung des Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden beim Versicherer eingetreten ist oder bevorsteht.
- b) Bei einer durch Veränderung der Pflegekosten bedingten Beitragserhöhung kann der Versicherer auch Erstattungshöchstbeträge, absolute Selbstbehalte und Pflegegelder, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, erhöhen.

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.

## Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
- .
- .
- .

### § 19 Anzeigepflicht

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

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- .
- .
- .

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

## § 86

### Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

## Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

### § 12a

#### Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegezeitgeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnermäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.
- (2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämien erhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien senkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämien senkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegezeitgeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämien ermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.
- (3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämien ermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, daß die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

### § 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfaßt das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 2 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzu- sehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 erge- benden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalender- jahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

## Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

### § 1 Form und Voraussetzungen

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

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2009)

## Teil III Tarif PTG Pfl egetagegeldversicherung

Der Tarif ist nur gültig im Zusammenhang mit Teil I (Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009) und Teil II (Tarifbedingungen TB/PV 2009)

### Leistungen des Versicherers

- 1. Höhe der Leistungen**

Die Höhe der Leistungen beträgt in der

Pflegestufe I	35 %,
Pflegestufe II	70 %,
Pflegestufe III	100 %

des vereinbarten Pfl egetagegeldes, soweit in Ziffer 2. für den Bereich der häuslichen Pflege nichts anderes geregelt ist.
- 2. Leistungen bei häuslicher Pflege**

Bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen oder staatlich anerkanntem Pflegepersonal für die häusliche Pflege wird das Tagegeld entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt.

Bei häuslicher Pflege durch Ehegatten, Kinder, Verwandte, Verschwägerter oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird bei einer Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe II ein Pfl egetagegeld von 100 % der in der jeweiligen Pflegestufe geltenden Höhe der Leistung des vereinbarten Pfl egetagegeldes unter der Voraussetzung gezahlt, dass von dem oben genannten Personenkreis

  - die benötigte Pflege in einem zeitlich ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden kann und
  - ein Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten krankenpflegerischer Art (z. B. eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs einer karitativen Organisation) erbracht wird.

Dieser Anspruch reduziert sich auf die Hälfte, wenn die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.
- 3. Recht des Versicherungsnehmers auf Anpassung des vereinbarten Pfl egetagegeldes**

Eine Anpassung des versicherten Pfl egetagegeldes für eine versicherte Person im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Tagegeldstufen und Höchstgrenzen ist ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten sowie ohne Altersbeschränkung unter folgenden Bedingungen möglich:

  - Änderung des Beitrags in der privaten Krankheitskostenvollversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils unter Einbeziehung von Pflegekostenversicherungen, wobei die gesamte Änderung der Beiträge seit der letzten Festsetzung des Pfl egetagegeldes den auf den Tag umgerechneten Betrag von 2,56 EUR übersteigen muss,
  - der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes muss innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntwerden der Änderung gestellt werden,
  - die Änderung ist vom Versicherungsnehmer nachzuweisen,
  - die maximale Erhöhung des Tagegeldes bei einer Anpassung beträgt 5 EUR.

Das erhöhte Tagegeld gilt von Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats an. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Die Erhöhung des versicherten Pfl egetagegeldes ist für laufende Versicherungsfälle ausgeschlossen.
- 4. Beitragsbefreiung im Leistungsfall**

Bei einer Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe II endet die Beitragszahlung für die Pfl egetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungspflicht endet.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2009)

## Teil III – Tarif PT2 – Pfl egetagegeldversicherung für die Pflegestufen II und III

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

#### 1. Höhe der Leistungen

Im Rahmen dieses Tarifs wird bei ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III ein Pfl egetagegeld gezahlt. Die Höhe der Leistungen beträgt bei

Pflegestufe II	70 %
Pflegestufe III	100 %

des vereinbarten Pfl egetagegeldes, soweit in Ziffer 2. für den Bereich der häuslichen Pflege nichts anderes geregelt ist.

Das Pfl egetagegeld kann in einer Höhe von 5 EUR oder einem Vielfachen hiervon im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen versichert werden.

#### 2. Leistungen (Nachweis bei häuslicher Pflege)

Bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen sowie staatlich anerkanntem Pflegepersonal wird das Tagegeld für Pflegestufe II und Pflegestufe III in voller Höhe gezahlt.

Bei häuslicher Pflege durch Ehegatten, Kinder, Verwandte, Verschwägerter oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird bei einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II und Pflegestufe III ein Pfl egetagegeld in voller Höhe unter der Voraussetzung gezahlt, dass von dem oben genannten Personenkreis

- die benötigte Pflege in einem zeitlich ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden kann und
- ein Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten krankenflegerischer Art (z. B. eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs einer karitativen Organisation) erbracht wird.

Der Anspruch reduziert sich auf die Hälfte, wenn die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

#### 3. Anpassung des Pfl egetagegeldes/Widerspruch

Der Versicherer erhöht das Pfl egetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (vgl. § 8 Abs. 1.1 AVB), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung das 20. Lebensjahr vollendet und das 76. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Der genaue Zeitpunkt der jeweiligen Anpassung wird durch den Versicherer festgelegt.

Die Anpassung des versicherten Pfl egetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Tagegeldstufen und Höchstgrenzen. Das Pfl egetagegeld wird je Anpassung um 10 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt (jedoch) mindestens 5 EUR oder ein Vielfaches davon.

Vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Die Erhöhung des versicherten Tagegeldes ist für laufende Versicherungsfälle ausgeschlossen.

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pfl egetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist. Die Erhöhung des Pfl egetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht.

Macht der Versicherungsnehmer von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, ist die fortgesetzte Teilnahme an der planmäßigen Anpassung nur auf Antrag möglich, über den der Versicherer nach Durchführung einer Gesundheitsprüfung schriftlich entscheidet.

#### 4. Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Bei einer Pflegebedürftigkeit ab der Pflegestufe II endet die Beitragszahlung für die Pfl egetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungspflicht endet.

## B. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2009)

## Teil III – Tarif PT3 – Pfl egetagegeldversicherung für die Pflegestufe III

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009)

### A. Tarifleistungen

#### 1.

##### Höhe der Leistungen

#### Leistungen des Versicherers

Im Rahmen dieses Tarifs wird bei ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III ein Pfl egetagegeld gezahlt. Die Höhe der Leistungen beträgt bei

Pflegestufe III	<b>100 %</b>
-----------------	--------------

des vereinbarten Pfl egetagegeldes, soweit in Ziffer 2. für den Bereich der häuslichen Pflege nichts anderes geregelt ist.

Das Pfl egetagegeld kann in einer Höhe von 5 EUR oder einem Vielfachen hiervon im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen versichert werden.

#### 2.

##### Leistungen

##### (Nachweis bei häuslicher Pflege)

Bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen sowie staatlich anerkanntem Pflegepersonal wird das Tagegeld für Pflegestufe III in voller Höhe gezahlt.

Bei häuslicher Pflege durch Ehegatten, Kinder, Verwandte, Verschwägerter oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird bei einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III ein Pfl egetagegeld in voller Höhe unter der Voraussetzung gezahlt, dass von dem oben genannten Personenkreis

- die benötigte Pflege in einem zeitlich ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden kann und
- ein Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten krankenpflegerischer Art (z. B. eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs einer karitativen Organisation) erbracht wird.

Der Anspruch reduziert sich auf die Hälfte, wenn die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

#### 3.

##### Anpassung des

##### Pfl egetagegeldes/Widerspruch

Der Versicherer erhöht das Pfl egetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (vgl. § 8 Abs. 1.1 AVB), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung das 20. Lebensjahr vollendet und das 76. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der genaue Zeitpunkt der jeweiligen Anpassung wird durch den Versicherer festgelegt.

Die Anpassung des versicherten Pfl egetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Tagegeldstufen und Höchstgrenzen. Das Pfl egetagegeld wird je Anpassung um 10 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt (jedoch) mindestens 5 EUR oder ein Vielfaches davon.

Vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Die Erhöhung des versicherten Tagegeldes ist für laufende Versicherungsfälle ausgeschlossen.

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pfl egetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist. Die Erhöhung des Pfl egetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht.

Macht der Versicherungsnehmer von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, ist die fortgesetzte Teilnahme an der planmäßigen Anpassung nur auf Antrag möglich, über den der Versicherer nach Durchführung einer Gesundheitsprüfung schriftlich entscheidet.

#### 4.

##### Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Bei einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III endet die Beitragszahlung für die Pfl egetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungspflicht endet.

## B. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragversicherungsschein.

**Gothaer  
Krankenversicherung AG  
Hauptverwaltung  
Arnoldiplatz 1  
50969 Köln  
Telefon 0221 308-00  
Telefax 0221 308-103  
[www.gothaer.de](http://www.gothaer.de)**