

Tarif ZahnUpgrade90+(L)

(Tarif ZU90+(L))

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen

- 100 % der Aufwendungen für **Zahnersatz** im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) inkl. GKV-Leistung
- 90 % – 100 % der Aufwendungen für **hochwertigen Zahnersatz** (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 90 % – 100 % der Aufwendungen für **Zahnbehandlung** (einschl. Wurzel- und Parodontosebehandlungen) inkl. GKV-Leistung
- 90% der Aufwendungen für **Kieferorthopädie** inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde. Höchstbeträge für die gesamte KFO-Behandlung (maximal 2.500 € für die gesamte Versicherungsdauer)
- 90 % – 100 % der **zahnmedizinischen Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)** bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr (maximale Erstattung: 180 € – 200 € pro Kalenderjahr)
- 90 % – 100 % der Aufwendungen für **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen sowie zur Zahnaufhellung/Bleaching** bis zu einem Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr (maximale Erstattung: 180 € – 200 € pro Kalenderjahr)
- **Belohnung von vorsorgeorientiertem Verhalten:** Beitragsneutrale Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes für die genannten Leistungen bei regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge für Erwachsene von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren
- **Erstattungshöchstgrenzen:** Die Erstattungshöchstsätze für alle Leistungen sind begrenzt auf bis zu 1.000 € im ersten Kalenderjahr und 4.000 € insgesamt im zweiten bis vierten Kalenderjahr; Erlass des ersten Teiljahres bei Nachweis Vorversicherung (Zahnzusatzversicherung mit Leistung für Zahnersatz von mindestens 40 %)
- **Inflationsvorsorge:** Die tariflichen Erstattungshöchstgrenzen können indexorientiert an die Kostenentwicklung im zahnmedizinischen Bereich angepasst werden
- **Innovationsvorsorge:** Die tarifliche Leistungszusage kann um zahnmedizinisch anerkannte Innovationen erweitert werden

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif ZahnUpgrade90+(L) Teil II; (Teil I: AVB KKV A/S/Z)

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag	3
1 Versicherungsfähigkeit	3
2 Wartezeiten	3
3 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	3
B Leistungen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. (Versicherer)	3
B1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen	3
a) Zahnbehandlung	3
b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)	4
c) Zahnersatzmaßnahmen	4
d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	4
e) Kieferorthopädie	5
B2 Erstattungshöhe	5
a) Zahnbehandlung	5
b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)	5
c) Zahnersatzmaßnahmen	5
d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	5
e) Kieferorthopädie	6
f) Erhöhung der Erstattung bei regelmäßiger Vorsorge	6
g) Anrechnung von Vorleistungen	6
h) Erstattungshöchstsätze	7
i) Inflationsvorsorge	8
B3 Einschränkung der Leistungspflicht	8
C Beitragsberechnung für Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr/ Anpassungsvorschriften	8
D Sonderbedingungen für Tarif ZU90+ (Beiträge ohne Rückstellungsbildung) ...	9
E Innovationsvorsorge	9

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif ZahnUpgrade90+(L), Teil II: Tarif ZU90+(L)

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z).

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1
Versicherungsfähigkeit**

Der Tarif ZU90+(L) kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, eigene Mitgliedschaft oder Anspruch auf Familienversicherung) oder zusätzlich zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen.

Endet die Versicherung in der deutschen GKV oder besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen mehr, so endet zum Ende desselben Monats auch die Versicherung nach Tarif ZU90+(L) für die aus der GKV ausscheidende oder einen vergleichbaren Anspruch verlierende Person. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der deutschen GKV oder den Entfall der Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen unverzüglich zu informieren.

Im Folgenden sind die Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen den Leistungen der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt (Berücksichtigung als Vorleistung).
- 2
Wartezeiten**

Es bestehen keine Wartezeiten; insofern entfallen die Wartezeiten nach § 3 AVB/KKV A/S/Z.
- 3
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht**

Der Versicherer verzichtet abweichend von § 14 Absatz 2) AVB/KKV A/S/Z generell auf das ordentliche Kündigungsrecht.

B Leistungen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. (Versicherer)

- B1
Berücksichtigungsfähige Aufwendungen**

a) Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlungen (z. B. Schleimhauttransplantation, VECTOR-Technologie), Wurzelbehandlungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen), plastische Füllungen (z. B. Kunststoff-, Komposit- und Dentin-Adhäsive Füllungen), Fissurenversiegelungen, Aufbissbehelfe (z. B. Knirscherschienen nach Vorleistung der GKV).

Berücksichtigungsfähig sind auch die mit den Zahnbehandlungsmaßnahmen in direktem Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborkosten und Materialien sowie die Kosten für solche Arzneimittel, die vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)

In Erweiterung zu § 1 Abs. 2 AVB/KKV A/S/Z gelten auch zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge als Versicherungsfall. Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für

- die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands,
- die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen und von Verfärbungen (professionelle Zahnreinigung) einschließlich der Reinigung der Zahnzwischenräume,
- die mikroinvasive Kariesinfiltration,
- die Behandlung von sehr empfindlichen Zahnflächen,
- das Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur sowie Fluoridierung und Versiegelung (Fissurenversiegelung).

c) Zahnersatzmaßnahmen

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich Reparaturen. Dazu zählen:

- Kronen, Teilkronen und Teleskopkronen,
- Veneers,
- Inlays, Onlays, Overlays,
- Brücken, Brückenglieder, Ankerzähne,
- Verblendungen und individuelle Zahnfarbenbestimmung,
- Teil- und Vollprothesen.

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

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen,
- Kurz- und Langzeitprovisorien,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (Gnathologie).

Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für implantologische Leistungen (z. B. Implantate und der dafür notwendige Knochenaufbau), vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden, sowie die Kosten für zahnmedizinische Beratungen und die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Schließlich sind die im Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborkosten und Materialien berücksichtigungsfähig.

d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-sedierung und Vollnarkose, wenn sie im direkten Zusammenhang mit den unter a) und c) beschriebenen Leistungen zur Zahnbehandlung oder zu Zahnersatzmaßnahmen erbracht werden.

Berücksichtigungsfähig sind unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit auch die Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen, sofern diese von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

e) Kieferorthopädie

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Material- und Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat. Diese Altersbeschränkung entfällt für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Berücksichtigungsfähig sind auch zusätzliche kieferorthopädische Leistungen wie Mini-, Keramik- oder Kunststoffbrackets, farblose und hochelastische Bögen, unsichtbare Zahnschienen (Aligner-Therapie), innenliegende Zahnspangen (Lingualtechnik) und Retainer.

B2 Erstattungshöhe

a) Zahnbehandlung

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

b) Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, Professionelle Zahnreinigung)

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr zu 90 % erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

Dies entspricht einer maximalen Erstattung von 180 € (bei 90 %), von 190 € (bei 95 %) und von 200 € (bei 100 %) pro Kalenderjahr.

c) Zahnersatzmaßnahmen

Werden die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, werden die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 90 % erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

d) Zahnaufhellung/Bleaching und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 € pro Kalenderjahr erstattet.

Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich für Erwachsene bei nachgewiesener regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge (siehe unter f)) von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

Dies entspricht einer maximalen Erstattung von 180 € (bei 90 %), von 190 € (bei 95 %) bzw. von 200 € (bei 100 %) pro Kalenderjahr.

e) Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet. Die Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen aus diesem Tarif werden begrenzt auf maximal 2.500 € für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses. Tritt der Versicherungsfall in den ersten beiden Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn ein, halbiert sich die maximale Erstattung auf 1.250 €. Als Beginn des Versicherungsfalles gilt auch die zahnärztliche Empfehlung einer kieferorthopädischen Behandlung (Aufstellung eines Behandlungsplans).

Die summenmäßigen Begrenzungen entfallen für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

f) Erhöhung der Erstattung bei regelmäßiger Vorsorge

Wird für eine erwachsene versicherte Person nachgewiesen, dass in den letzten fünf oder zehn Kalenderjahren vor Behandlungsbeginn mindestens eine jährliche zahnmedizinische Vorsorge (zahnärztliche Untersuchung, professionelle Zahnreinigung) durchgeführt wurde, erhöht sich für diese versicherte Person der Erstattungsprozentsatz für die in den Abschnitten a) bis d) dargestellten Leistungen um 5 %-Punkte von 90 % auf 95 % nach mindestens fünf und um weitere 5 %-Punkte auf 100 % nach mindestens zehn Kalenderjahren.

Der Versicherte muss die regelmäßige zahnmedizinische Vorsorge, z. B. durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf bzw. zehn Kalenderjahre nachweisen.

g) Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen oder durch sonstige geeignete Belege nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Erfolgt kein Nachweis der Vorleistungen kann eine pauschale Vorleistung von 30 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung berücksichtigt werden (siehe auch die Regelungen unter Abschnitt h) 1.).

Berechnungsbeispiel: Es wird eine Zahnarztrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 500 € eingereicht. Die Aufwendungen sind im Rahmen dieses Tarifs berücksichtigungsfähig und die Vorleistung der GKV beträgt 100 €.

Erstattungsfähig sind somit 90 % von 500 € = 450 €; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 100 €, und die Erstattung beträgt somit 450 € abzüglich 100 € = 350 €.

Bei nachgewiesener Vorsorge von z. B. mindestens zehn Kalenderjahren erhöht sich die Erstattung in diesem Beispiel auf 100 % von 500 € = 500 € abzüglich 100 € Vorleistung = 400 €.

h) Erstattungshöchstsätze

1. Begrenzung auf Höchstsätze GOZ bzw. GOÄ, Behandler ohne Kassenzulassung, Behandlung im Ausland

Grundsätzlich sind zahnärztliche Abrechnungen, wie in den vorstehenden Abschnitten a) bis e) aufgeführt, bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Erfolgt die Behandlung durch einen Behandler ohne Kassenzulassung werden (außer bei den zahnmedizinischen Maßnahmen zur Vorsorge) pauschal 30 % als fiktive Vorleistung angerechnet. Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan von Ihrem behandelnden Zahnarzt erstellen zu lassen und diesen bei Fragen zur möglichen Erstattung an uns einzureichen.

Im Ausland entstandene Kosten für zahnärztliche Behandlung sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei entsprechender Abrechnung der Leistungen nach GOZ bzw. GOÄ bei einer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären. Voraussetzung ist bei einer Behandlung im Ausland weiterhin die Vorlage eines Heil- und Kostenplans in deutscher Sprache gemäß BEMA. Erfolgt dennoch keine Vorleistung durch die GKV oder durch einen sonstigen Kostenträger werden pauschal 30 % als fiktive Vorleistung angerechnet.

2. Leistungsbegrenzung in den ersten Jahren nach Versicherungsbeginn

Alle Leistungen aus diesem Tarif sind in der Summe zusätzlich wie folgt begrenzt:

- Im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn von Tarif ZU90+(L))
 - vom 01.10. bis 31.12. auf **250 €**,
 - vom 01.07. bis 30.09. auf **500 €**,
 - vom 01.04. bis 30.06. auf **750 €** und
 - vom 01.01. bis 31.03. auf **1.000 €**.
- Im zweiten bis vierten Kalenderjahr der Versicherung in diesem Tarif auf zusammen **4.000 €**.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Der Zeitpunkt der jeweiligen Behandlung (Behandlungstag) bestimmt die Zuordnung zu einem Versicherungsjahr. Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) werden dem Behandlungstag zugeordnet, an dem sie eingegliedert werden.

Die Leistungsbegrenzungen gelten auch bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers (Wechsel aus einem anderen Tarif der LKH in den Tarif ZU90+(L)). Errechnet sich aufgrund der Leistungsbegrenzung bei Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers während der ersten vier Kalenderjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Maßnahmen als im bisherigen Tarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, jedoch höchstens die Leistungen des Tarifs ZU90+(L) für Zahnbehandlung bzw. Zahnersatz ab dem fünften Versicherungsjahr.

Die Leistungsbegrenzungen finden keine Anwendung auf erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Anrechnung Vorversicherung

Bestand für eine versicherte Person bis unmittelbar vor Versicherungsbeginn in diesem Tarif ZU90+(L) bereits eine andere Zahnzusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und einem Erstattungssatz von mindestens 40 %, wird das erste (Teil-)Kalenderjahr hinsichtlich der Leistungshöchstsummen im vorstehenden Abschnitt 2. erlassen und es wird die Regelung für das zweite bis vierte Kalenderjahr unmittelbar ab Versicherungsbeginn wirksam. Ab dem vierten Kalenderjahr entfällt dann die summenmäßige Begrenzung. Die bisher bestehende Zahnzusatzversicherung ist für die nun im Tarif ZU90+(L) versicherte Person zu beenden und die Aufhebung dem Versicherer nachzuweisen.

4. Bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne

Die Leistungen aus diesem Tarif für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne sind inkl. der in Abschnitt B2 g) genannten Vorleistung begrenzt auf **maximal 1.250 € je Implantatversorgung**. Dabei dürfen zusätzlich die in diesem Abschnitt unter 2. genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und Implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Die Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif. Sie entfällt danach.

i) Inflationsvorsorge

Um die Wertigkeit des Versicherungsschutzes bei möglichen Preissteigerungen im zahnmedizinischen Bereich zu erhalten, ist der Versicherer (unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 AVB/KKV A/S/Z) berechtigt, die in den vorstehenden Abschnitten a) bis h) genannten Höchstbeträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders im Rahmen einer Beitragsanpassung an die Preisentwicklung anzupassen. Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum vom Versicherer beantragten Zeitpunkt wirksam; frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

B3 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

C Beitragsberechnung für Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr/ Anpassungsvorschriften

1. Abweichend von § 8a Abs. 2) AVB/KKV A/S/Z erfolgt für versicherte Kinder mit der Vollendung des 15. Lebensjahres keine Beitragsumstufung zu Beginn des unmittelbar darauffolgenden Kalenderjahres.
2. Als tariflicher Vorhundertssatz im Sinne von § 8b Abs. 1) AVB/KKV A/S/Z für die Versicherungsleistungen gilt 5.
3. Im Falle einer Beitragsanpassung nach § 8b AVB/KKV A/S/Z prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B2 genannten Eurobeträge (Leistungshöchstsätze) zu erhöhen sind. Diese Eurobeträge können unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 AVB/KKV A/S/Z mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden (siehe auch unter B2 i) Inflationsvorsorge).

D Sonderbedingungen für Tarif ZU90+ (Beiträge ohne Rückstellungsbildung)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten folgende Sonderbedingungen, die eine Versicherung nach Tarif ZU90+ bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres ohne Bildung von Alterungsrückstellungen ermöglichen.

1. **Tarifbezeichnung**
Solange die Sonderbedingungen gelten, lautet die Tarifbezeichnung ZU90+.
2. **Aufnahmefähigkeit**
Aufnahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A 1 versicherungsfähige Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 55 Jahren.
3. **Entfall der Sonderbedingungen vor Vollendung des 55. Lebensjahres**
Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen ab dem Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgt, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen. Die Tarifbezeichnung lautet dann ZU90+L.
4. **Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen nach Vollendung des 55. Lebensjahres**
Die Sonderbedingungen entfallen spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 55. Lebensjahres folgt. Der Versicherungsschutz wird dann bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen nach Tarif ZU90+L fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter maßgebend. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.
5. **Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen**
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellungen) wird nicht gebildet.

Von dem Beginn des Kalenderjahres an, das auf die Vollendung des 20., des 35. und des 45. Lebensjahres folgt, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 3) AVB KKV A/S/Z.

E Innovationsvorsorge

Um die Wertigkeit des Versicherungsschutzes bei der Entwicklung von neuen medizinisch notwendigen zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Heilbehandlungsmethoden gemäß GOZ/GOÄ zu erhalten, prüft der Versicherer im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die Ergänzung der tariflichen Leistungszusage um solche neuen Heilbehandlungsmethoden. Der Versicherer ist insofern berechtigt, die in Abschnitt B aufgeführten Leistungen (unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 AVB/KKV A/S/Z) mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders um neue medizinisch notwendige Heilbehandlungsmethoden gemäß GOZ/GOÄ zu erweitern.

Die Veränderungen werden dann auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zum vom Versicherer beantragten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Landeskrankenhilfe V.V.a.G. Deutschland

**Produkt: ZahnUpgrade90+(L)
(Tarif ZU90+(L))**

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in der Zahnzusatzversicherung nach Tarif ZU90+(L). Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen bestehend aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z) und den Tarifbedingungen des Tarifs ZU90+(L)). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen. Sie ergänzt den Versicherungsschutz der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einen vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen im vertraglichen Umfang.

Den Tarif gibt es jetzt in zwei Varianten, mit (ZU90+L) und ohne (ZU90+) Alterungsrückstellung. Die zweite Variante kann von Erwachsenen bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres gewählt werden; es kommt dann zu altersbedingten Beitragserhöhungen bei Erreichen der im Tarif genannten Altersgrenzen.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung zusammen mit der Vorleistung der GKV.
- ✓ 90 % - 100 % für hochwertigen Zahnersatz (Implantate, Kronen, Brücken, Inlays), jeweils zusammen mit der Vorleistung der GKV.
- ✓ 90 % - 100 % für Zahnbehandlung (hochwertige Füllungen, Wurzel- und Parodontosebehandlungen), jeweils zusammen mit der Vorleistung der GKV.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie zusammen mit der Vorleistung der GKV (bei Behandlungsbeginn vor dem 18. Geburtstag). Maximale Erstattung: 2.500 € für die gesamte Versicherungsdauer (1.250 € bei Versicherungsfall in den ersten 2 Jahren). Bei Unfall: keine Summen- und Altersbegrenzung.
- ✓ 90 % - 100 % für zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (z. B. Zahnprophylaxe, professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung). Maximale Erstattung: 180 € - 200 € pro Kalenderjahr inkl. möglicher Vorleistung der GKV.
- ✓ 90 % - 100 % der Aufwendungen für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen oder Bleaching. Maximale Erstattung: 180 € - 200 € pro Kalenderjahr inkl. möglicher Vorleistung der GKV.
- ✓ Belohnung regelmäßiger zahnmedizinischer Vorsorge/Prophylaxe: Bei einem lückenlos geführten Bonusheft von mindestens 5 Jahren bzw. 10 Jahren erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für Erwachsene von 90 % auf 95 % bzw. 100 %.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Heilbehandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z), insbesondere unter § 5.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! In den ersten vier Kalenderjahren gelten folgende Erstattungshöchstsätze: Maximal bis 1.000 € (je nach Versicherungsbeginn) im 1. Kalenderjahr und bis zu 4.000 € im zweiten bis vierten Kalenderjahr. Die Höchstsätze entfallen bei unfallbedingter Behandlungsnotwendigkeit.
- ! Leistungen über den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnungen (GOZ, GOÄ) sind nicht erstattungsfähig.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland ist die Erstattung auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wäre.
- ! Erfolgt die Behandlung durch einen Behandler ohne Kassenzulassung werden pauschal 30% als fiktive Vorleistung angerechnet.
- ! Behandlungen, die während einer stationären Heilbehandlung erfolgen, sind nicht erstattungsfähig.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Zusätzlich während der ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb dieser Staaten.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag sorgfältig prüfen können. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrags) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung mit. Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen; ebenso das Ausscheiden aus der deutschen GKV oder den Verzug ins Ausland.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Darüber hinaus hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Raten entrichtet werden. Diese sind zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen.
- Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungsbeginn.
- Verspätete oder nicht gezahlte Beiträge können zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Versicherungsvertrages führen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres (Kalenderjahr) gekündigt wird.
- Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages, z. B. aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können Ihren Versicherungsvertrag jeweils zum Ende des Versicherungsjahres (Kalenderjahr) kündigen, frühestens zum Ablauf der Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Versicherungsvertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung kündigen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z)

AVB/KKV A/S/Z gültig für die Tarife
A10 – A121, S10 – S300, S400E, BA50, BA50S, BA40S,
BA30, E70 – E90, E70W – E91W, ET10 – ET50,
SW10 – SW101, Z50E, Z10 – Z90, ZU50, ZU70+, ZU70+L,
ZU90+, ZU90+L, 401, 406 und KHTU

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) 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,
 - c) Tod, soweit hierfür im Tarif Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Versicherungsbedingungen (Tarif mit Anlagen, Allgemeine Versicherungsbedingungen mit Anhang) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Er kann durch Vereinbarung auf andere Staaten ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3).

Während der ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten besteht auch ohne anderweitige Vereinbarung Versicherungsschutz.

Für die Dauer nachgewiesener Transportunfähigkeit wird für die betreffende versicherte Person auch über sechs Wochen oder ggf. einen längeren vereinbarten Zeitraum hinaus für die bereits eingetretenen Versicherungsfälle geleistet, es sei denn, der für diesen Versicherten bestehende Teil des Versicherungsvertrages (oder der Vertrag insgesamt) wird vom Versicherungsnehmer gekündigt oder endet infolge Anfechtung, Rücktritts oder auf Grund einer vom Versicherungsnehmer oder Versicherten zu vertretenden Kündigung durch den Versicherer.

Transportunfähigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn der Zustand der verletzten oder erkrankten versicherten Person aus medizinischen Gründen keinen Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland gestattet, weil keine Sicherung der lebenswichtigen Körperfunktionen gewährleistet ist und bei einer Durchführung des Rücktransports trotz geeigneter Maßnahmen eine ernsthafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes wahrscheinlich wäre.

- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die

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

- (6) Der Abschluss des Versicherungsvertrages kann von der Vereinbarung besonderer Bedingungen abhängig gemacht werden (Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse); dies gilt auch bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.
- (7) Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers ohne erneute Risikoprüfung eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung.

Der Versicherungsschutz kann nur insoweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann zum Termin, zu dem sich der Beihilfebemessungssatz ändert bzw. der Beihilfeanspruch wegfällt, oder zum Ersten des nachfolgenden Monats beantragt werden.

Der entsprechende Antrag muss spätestens sechs Monate nach der Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder dem Wegfall des Beihilfeanspruches gestellt werden.

Die Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Der erhöhte Versicherungsschutz wird ohne erneute Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist.

§ 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 sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn 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. Dies gilt nicht für etwaige Selbstbehalte, die in den Tarifen des betreffenden Elternteils vereinbart sind. Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Anomalien.

- (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 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 gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz 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, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn dies bei Antragstellung bzw. Wunsch nach einem Versicherungsangebot beantragt wird und ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der jeweiligen versicherten Person innerhalb von vier Wochen auf dem dafür vorgesehenen Vordruck des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung 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 Hilfsfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (7) Die Bestimmungen über die Wartezeiten gelten auch bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art, Höhe und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht nur insoweit, als eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß nicht übersteigt.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Es können auch approbierte Ärzte und Zahnärzte, die in einem zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, in Anspruch genommen werden. Soweit im Tarif entsprechende Leistungen vorgesehen sind, dürfen auch
- a) psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten,
 - b) Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
 - c) staatlich anerkannte Gesundheits- und Medizinalberufe (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) sowie
 - d) Hebammen und Entbindungspfleger
- in Anspruch genommen werden, sofern die unter a) – c) genannten Behandler ihren Beruf selbstständig in eigener Praxis öffentlich ausüben.
- (3) Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss von den in Satz 1 genannten Behandlern ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Als erstattungsfähige Arzneimittel gelten nicht: Nahrungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Multivitaminpräparate, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenz- und Libidosteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduktion, gegen Haarausfall sowie Anti-Aging-Produkte.

Als Heilmittel gelten ausschließlich die im Tarif aufgeführten Leistungen in dem dort festgelegten Umfang.

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel (außer Sehhilfen, soweit sie tariflich geregelt sind), die dazu bestimmt sind, Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen oder lebensnotwendige Funktionen aufrecht zu erhalten. Als Hilfsmittel gelten auch Körpersersatzstücke (außer Zahnersatz), orthopädische Schuhe und Blindenhunde.

Tarifliche Leistungen werden für Hilfsmittel in erforderlicher Ausführung im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung erbracht.

Als Hilfsmittel gelten nicht:

- Pflegehilfsmittel, für die aus der Pflege(pflicht)versicherung ein Anspruch für die versicherte Person besteht.
- Geräte mit geringem therapeutischen Nutzen
- Geräte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind
- Heilapparate
- sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel
- Geräte, die als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens gelten, auch wenn sie kranken- bzw. behindertengerecht modifiziert wurden.

Nicht geleistet wird für Unterhaltungs- und Betriebskosten (z. B. Strom, Batterien, Ladegeräte) von Hilfsmitteln.

Der Leistungsanspruch für Hilfsmittel umfasst neben der Erstausrüstung auch die Kosten für deren medizinisch notwendige Änderung, Anpassung, Reparatur, Wartung und Instandsetzung.

Anspruch auf Ersatzbeschaffung für ein Hilfsmittel besteht im tariflichen Umfang,

- wenn sich die Notwendigkeit hierzu aus Veränderungen der Krankheit bzw. der Behinderung der versicherten Person ergibt und soweit der Ersatz zur Gewährleistung einer medizinisch notwendigen Versorgung erforderlich ist oder
- wenn der Ersatzbedarf durch die Abnutzung des Hilfsmittels durch seinen bestimmungsgemäßen Gebrauch entsteht und eine Reparatur entweder nicht mehr möglich ist oder vom Versicherer als unwirtschaftlich abgelehnt worden ist.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person die Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen (sog. gemischte Krankenanstalten), werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn und soweit die stationäre Behandlung eines akuten medizinischen Notfalls vorliegt und die gemischte Krankenanstalt das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus ist.

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

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

- (7) Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonstige tarifliche Leistungen sind bis zu den Obergrenzen (Höchstsätze, Höchstbeträge etc.) der in Deutschland jeweils gültigen amtlichen oder berufsständisch eingeführten Gebühren- und Entgeltregelungen erstattungsfähig. Diese sind insbesondere die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV), das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), die Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh), das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und die Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegen, sind die entstandenen Aufwendungen bis zu 25 % über die Kosten hinaus erstattungsfähig, die in dem nächstgelegenen den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden geeigneten Krankenhaus der Maximalversorgung (z.B. Universitätskrankenhaus) angefallen wären. Wird die betreffende Behandlung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung nicht angeboten, sind die Aufwendungen hierfür bis zu 25 % über die Kosten hinaus erstattungsfähig, die in dem nächstgelegenen den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus angefallen wären, das die betreffende Behandlung anbietet.

Soweit der Tarif eine Überschreitung der Höchstsätze der GOÄ oder niedrigere Obergrenzen vorsieht, gilt jeweils diese tarifliche Regelung.

Der Versicherungsschutz im Ausland erstreckt sich ebenfalls auf diesen Leistungsumfang. Im Einzelfall kann der Versicherungsschutz bei Aufenthalt im Ausland gegen Erhebung eines angemessenen Beitragszuschlags (Risikozuschlags) durch besondere Vereinbarung erweitert werden.

- (8) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Behandlung oder sonstige versicherte Leistung erfolgt ist bzw. in dem die verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel o.ä. bezogen wurden.
- (9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 4a Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

Der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, werden zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird als künftige oder sofortige Prämienermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Prämien erhöhungen im Alter, verwendet.

§ 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 in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen im Ausland verursacht worden sind, es sei denn, der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Un-

ruhen war für das betreffende Land nicht vorhersehbar und der versicherten Person war keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich;

- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, psychologische Psychotherapeuten, sonstige Heilbehandler 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;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- (2) Soweit im Tarif nicht anders geregelt, werden Kosten für die Beschaffung von Heilapparaten (Massageräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer u.ä.) und sanitären Bedarfsartikeln; Kosten für Heilpädagogik, Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten sowie Beseitigung von Schönheitsfehlern; Kosten für Desinfektionen, Berichte, Gutachten sowie Fahrt- oder Transportkosten bei ambulanter Behandlung (mit Ausnahme von Unfalltransporten) nicht erstattet.
- (3) 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.
- (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhausentgelt, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) 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.

Die Heilkostenbelege sind im Original einzureichen und müssen ausreichend spezifiziert sein. Hierzu gehören insbesondere die Namen der behandelten Personen, die Krankenhauspflegestelle, der in Rechnung gestellte Krankenhauspflegesatz, die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers (entsprechende Ziffern der in der Bundesrepublik Deutschland jeweils gültigen Gebührenordnungen) und die dafür in Rechnung gestellten Einzelbeträge, die Behandlungsdaten, die Aufschlüsselung der Medikamente nach Art, Menge und Einzelbeträgen.

Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt. Sie müssen den Bestätigungsvermerk des anderen Versicherers oder Versicherungsträgers über die Erstattungshöhe aufweisen.

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach dem jeweils neuesten Stand.

- (5) Die Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) 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.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versiche-

rungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Darüber hinaus können Verzugszinsen und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren erhoben werden.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a

Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Personen mit einem Alter bis zu 15 Jahren zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, den Beitrag für die Altersgruppe 0 – 15 Jahre. Vom Beginn des nächsten Jahres an ist der Neuzugangsbeitrag für die Altersgruppe 16 – 20 Jahre zu zahlen.

Personen mit einem Alter von 16 – 20 Jahren zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensalter vollenden, den Beitrag für die Altersgruppe 16 – 20 Jahre. Vom Beginn des nächsten Jahres an ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

- (3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (5) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit in den Krankheitskostentarifen eine Abweichung von mehr als 5 %, im Krankenhaustagegeldtarif KHTU von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft. Des Weiteren erfolgt eine Überprüfung der Beiträge, sofern die vorzunehmende Gegenüberstellung der tatsächlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt. Soweit erforderlich, werden die Beiträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Werden die Beiträge angepasst, so richtet sich die Höhe des zusätzlichen Beitrags nach dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Lebensalter der versicherten Person.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

- (2) Der Beitrag bei Abschluss der Versicherung richtet sich nach dem Eintrittsalter. Bei einer Beitragsanpassung können gleichzeitig die in den Tarifen genannten Krankenhaustagegelder, die Höchstbeträge für Kurz- und Sanatoriumsbehandlungen sowie die im Tarif genannten betragsmäßigen Höchstsätze, Eigenanteile und Zahlungsbeträge nach Grundsätzen, die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Eine Anpassung der Krankenhaustagegelder führt nicht zu einer zusätzlichen Beitragsveränderung. Die leistungs- und betragsmäßige Anpassung des Versicherungsschutzes wird vor ihrer Durchführung vom Treuhänder auf ihre Berechtigung sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach überprüft.
- (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. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist 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 (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 Abs. 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 Abs. 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 Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen jeweils dem Kalenderjahr. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer

den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Die Fortsetzung des insgesamt oder für einzelne versicherte Personen gekündigten Vertrages in Form einer Anwartschaftsversicherung muss vom Versicherungsnehmer oder von den betroffenen versicherten Personen unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers beantragt werden.

Der Antrag muss spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Kündigung beim Versicherer eingegangen sein.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht sowie für eine nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Hat der Versicherer eine Versicherung, die nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, wegen Zahlungsverzugs wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu verlangen. Als Versicherungsnehmer kann nicht die Person benannt werden, welche Versicherungsnehmer des gekündigten Versicherungsverhältnisses war. Die jeweilige versicherte Person wird vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform informiert. Das Recht zur Fortsetzung des Vertrages endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe, Wohnsitzverlegung ins Ausland

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Vertragsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 15 Abs. 3 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag (Risikozuschlag) verlangen.
- (5) Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland in einen anderen Staat als die in § 15 Abs. 3 genannten kann der Versicherungsnehmer verlangen, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln, wenn ein entsprechender Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.
- (6) Bei beruflich bedingtem Aufenthalt in einem anderen Staat als die in § 15 Abs. 3 genannten kann der Versicherungsnehmer verlangen, den Versicherungsschutz hinsichtlich der betroffenen versicherten Person sowie deren mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen über den in § 1 Abs. 4 genannten Zeitraum gegen Erhebung eines angemessenen Beitragszuschlags (Risikozuschlags) durch besondere Vereinbarung auszuweiten, wenn und solange für die jeweiligen Personen eine Krankheitskostenvollversicherung bei dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. besteht. Über Änderungen gemäß § 8a Abs. 3 hinaus können diese Beitragszuschläge (Risikozuschläge) in fünfjährigem Abstand (erstmal fünf Jahre nach Erhebung) überprüft und in geänderter Höhe erhoben werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17

Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig.
- (4) Hatte der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland und tritt das den streitigen Anspruch auslösende Ereignis im Ausland ein, so ist hierfür das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig, wenn nicht schon nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen die Zuständigkeit eines anderen Gerichtes in Deutschland gegeben ist. Ansonsten gilt:

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so ist außer dem Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, das im Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Ansehung des damaligen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zuständig gewesen wäre.

§ 18

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

§ 19

Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitrags-

garantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20

Wechsel in den Basistarif

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

§ 21

Tarifwechsel, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze

Sofern der Tarif Leistungshöchstsätze oder betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte vorsieht, reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbegins für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Bei Beendigung der Versicherung innerhalb eines Kalenderjahres ermäßigen sich diese Werte nicht.

Bei einem Wechsel zwischen Tarifen, denen die AVB/KKV A/S/Z zu Grunde liegen, gilt für die in den betreffenden Tarifen bezüglich der Leistungsbereiche völlig übereinstimmenden Leistungshöchstsätze und betragsmäßig festgelegten Selbstbehalte jeweils Folgendes: Bei einem Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerem Leistungshöchstsatz oder betragsmäßig festgelegtem Selbstbehalt gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß; für den Leistungshöchstsatz oder den betragsmäßigen Selbstbehalt nach bisherigem Tarif gilt Satz 2 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherem Leistungshöchstsatz oder höherem betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils tariflich vereinbarte Betrag ungekürzt. Für das Kalenderjahr bereits gewährte Leistungen sowie ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt werden hierauf jeweils angerechnet.

Ansonsten ergeben sich bei einem Tarifwechsel die Leistungshöchstsätze und betragsmäßig festgelegten Selbstbehalte aus den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen.

Ist eine versicherte Person in einem der Tarife A100 – A121 mindestens drei Versicherungsjahre versichert, so kann sie zu Beginn eines Kalenderjahres in einen dieser Tarife mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt wechseln, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt.

Stand: September 2022

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als zehn Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

rungsnehmers 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 Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen 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.

§ 193 **Versicherte Person; Versicherungspflicht**

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

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

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

§ 195 **Versicherungsdauer**

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
- (2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.
- (3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) **Fünftes Buch (V)** **Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]**

§ 257 **Beitragszuschüsse für Beschäftigte**

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

§ 146 **Substitutive Krankenversicherung**

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
 1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 153 Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzung

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.