

Krankheitskosten-Tarif MediAmbulant Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Stand: 01.01.2017

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | | |
|---|--------------|---|
| 1.
Zuzahlungen | 100 % | der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (siehe Anhang, § 61 SGB V) für <ul style="list-style-type: none"> - Arznei- und Verbandmittel (vgl. Abschnitt B.1), - Heilmittel, - Hilfsmittel (vgl. Abschnitt B.2), sofern diese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. <ul style="list-style-type: none"> - Hin- und Rückfahrten im Rahmen einer ambulanten Behandlung, die nachweislich von der GKV genehmigt sind. |
| 2.
Sehhilfen | 100 % | der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Erstattungsbetrag von 120 EUR pro Kalenderjahr. |
| 3.
Heilpraktiker/
Naturheilverfahren
durch Ärzte | 80 % | der Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), sowie Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis (in der jeweils gültigen Fassung) bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr.
Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet. |

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- | | | |
|----------------------|----|--|
| Erläuterungen | 1. | Kosten, die die Festbeträge bei Arznei- und Verbandmitteln nach § 35 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediAmbulant nicht erstattet. |
| | 2. | Kosten für einzelne Hilfsmittel, die die Festbeträge nach § 36 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediAmbulant nicht erstattet. |
| | 3. | Stellt der Versicherte einen Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen nach § 62 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nicht, obwohl ein Anspruch hierauf besteht, werden Leistungen für Zuzahlungen aus Tarif MediAmbulant nicht erbracht. |
| | 4. | Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt. |
| | 5. | Eine Erstattung der Zuzahlungen erfolgt nach Vorlage des Zuzahlungsbelegs (Original) und der zugehörigen Verordnung (Kopie). Sonstige entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sein müssen. |

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediAmbulant zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

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

E. Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

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

Die Beitragsrückerstattung beträgt:

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

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

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

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

§ 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmaterial

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit
1. denselben Wirkstoffen,
 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
 3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind.

Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Bundesausschuss ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen. Für die Vorbereitung der Beschlüsse nach Satz 1 durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 106 Abs. 4a Satz 3 und 7 entsprechend. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss Dritte beauftragt, hat er zu gewährleisten, dass diese ihre Bewertungsgrundsätze und die Begründung für ihre Bewertungen einschließlich der verwendeten Daten offen legen. Die Namen beauftragter Gutachter dürfen nicht genannt werden.

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

...

§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel

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

...

§ 61 Zuzahlungen

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

§ 62 Belastungsgrenze

- (1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Ge-

sundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

* Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Gothaer

Unternehmen: Gothaer Krankenversicherung AG
Registriert in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Tarif Medi Ambulant

Dieses Informationsblatt ist ein **kurzer Überblick** über Ihren Versicherungsschutz. Es ist daher **nicht vollständig**. Die **vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen)**.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für Zuzahlungen im ambulanten Bereich
Tarif MediAmbulant



Was ist versichert?

Tarif MediAmbulant:

- ✓ Heilpraktiker: 80 %
- ✓ Arznei- und Verbandmittel: 100 % der GKV-Zuzahlungen
- ✓ Heilmittel: 100 % der GKV-Zuzahlungen
- ✓ Sehhilfen: 100 %; maximal 120 Euro pro Jahr
- ✓ Hilfsmittel: 100 % der GKV-Zuzahlungen
- ✓ Alternative Medizin: 80 % für Behandlungen durch Ärzte nach Hufelandverzeichnis
- ✓ Berechtigung zur Beitragsrückerstattung: ja
garantierte Beitragsrückerstattung für aufeinanderfolgende leistungsfreie Versicherungsjahre:
1 Jahr: 3 Monatsbeiträge (MB);
2 Jahre: 4 MB;
ab 3 Jahren: 5 MB



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich verursacht wurden sind nicht versichert.
- ✗ Zudem besteht für die folgenden Leistungen kein Versicherungsschutz:
 - Ambulante Behandlung
 - Psychotherapie



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es können Wartezeiten gelten, nach deren Ablauf Sie erst Leistungen erhalten.
- ! Eine Gesundheitsprüfung kann zu individuellen Leistungsausschlüssen führen, auf die wir Sie gesondert hinweisen.
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung kann abhängig von Selbstbeteiligungen und Höchstätzen sein.

Tarif MediAmbulant:

- ! Behandlungen durch Heilpraktiker und Behandlungen durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis werden bis max. 1.000 Euro pro Jahr erstattet.

Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sofern der Tarif keine anderslautenden Regelungen vorsieht, bieten wir Ihnen Versicherungsschutz in Europa. Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch im außereuropäischen Ausland.

Alle Informationen zum Thema Geltungsbereich finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird ggf. eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Leistungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sie können 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, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von eventuell vereinbarten Wartezeiten. Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Eine Kündigung ist zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten möglich. Einzelheiten zu den Kündigungsmöglichkeiten und den einzuhaltenden Fristen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB)

(Stand: 01.02.2019)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen

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.
- 1.1 Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben. Personen mit Leiden oder Gebrechen können zu besonderen Bedingungen aufgenommen werden.
- 1.2 Hinweise auf zusätzliche Assistenzleistungen (z. B. telefonische Beratung) sind im aktuellen Beiblatt "Serviceleistungen der Gothaer Krankenversicherung" enthalten, das der Versicherer auf Anfrage überlässt.
- 1.3 Im Rahmen bestehender Kooperationen mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen empfiehlt der Versicherer deren Inanspruchnahme. Sofern der Tarif es vorsieht, ist der tarifliche Erstattungsanspruch bei Inanspruchnahme eines Kooperationspartners erhöht. Namen und Anschriften der Kooperationspartner teilt der Versicherer auf Anfrage mit.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- 2.1 Als Versicherungsfall gilt zudem kosmetische Behandlung, soweit diese aufgrund einer angeborenen oder durch Unfall oder Erkrankung verursachten Verunstaltung oder Verstümmelung medizinisch notwendig ist (vgl. § 5 Abs. 1.4).
- 2.2 Im Rahmen einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung gelten als Versicherungsfall nach § 1 Abs. 2 auch

- a) medizinisch notwendige und nach deutschem Recht zulässige ärztliche Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft wegen Sterilität bzw. Subfertilität der versicherten Person.
 - b) Teilnahme der schwangeren versicherten Person an Geburtsvorbereitungskursen sowie nach der Entbindung an medizinisch notwendiger Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik (vgl. § 4 Abs. 3.2).
 - c) Verhütung von Krankheiten durch medizinisch notwendige Schutzimpfungen (siehe § 4 Abs. 2.5).
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- 4.1 Abweichend von Abs. 4 besteht Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.
- Bei geplantem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über sechs Monate hinaus gilt § 15 Abs. 3 (Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland).
5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- 5.1 Abweichend von Abs. 5 beruft sich der Versicherer nicht auf die Begrenzung der Leistungen (Umfang der Leistungspflicht in Deutschland), wenn vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Abs. 5 genannten Staaten eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer wird im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.
6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. 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 s. Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

**§ 2
Beginn des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
 - 2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.
 - 2.2 Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 2.1 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
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 gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
 - 3.1 Für Zahnbehandlung gilt abweichend von Abs. 3 nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten; für Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt die besondere achtmonatige Wartezeit.
 - 3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

- 4.1 Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
- 4.2 Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen. Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.
- 4.3 Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen gemäß § 1 Abs. 6, zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluß vereinbart wurde.

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

2.1 Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

2.2 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandelnde im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

2.3 Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.

2.4 Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 4 genannten Krankenhäusern (Krankenhausambulanzen) oder medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

2.5 Aufwendungen für ärztlich angeratene Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden, sind erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt auch für berufsbedingte Schutzimpfungen, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen. Ausgenommen sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer privaten Auslandsreise vorgenommen werden.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden ver-

ordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

- 3.1 Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.
- 3.2 Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), podologische Behandlung (Diabetes), Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik. Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.
- 3.3 Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen und Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe und gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle.
- 3.4 Im Rahmen der tariflichen Leistungen des Versicherers ist die Aufzählung der Hilfsmittel erweitert (vgl. Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagements).
- Vor Bezug der im Verzeichnis genannten Hilfsmittel (Kauf oder Anmietung) ist die ärztliche Verordnung beim Versicherer einzureichen. Nach Überprüfung und Feststellung seiner Leistungspflicht entscheidet der Versicherer unverzüglich, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist der Versicherer berechtigt, seine tariflichen Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei einer im Rahmen des Hilfsmittelmanagements durchgeführten Versorgung entstanden wäre.
- Der Versicherer verzichtet auf die vorherige Einreichung der ärztlichen Verordnung, wenn sich die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung im Rahmen einer Notfallbehandlung ergibt, die den unmittelbaren Bezug erforderlich macht.
- 3.5 Sofern der Tarif nicht anderes vorsieht, umfassen Leistungen nach Abs. 3.3 und Abs. 3.4 auch die Reparatur und die Wartung der Hilfsmittel (vgl. auch § 5 Abs. 1.5).
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- 4.1 Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) gelten tagsgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).
In Krankenhäusern, die nicht nach der BPFIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).
- 4.2 Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- 5.1 Abweichend von Abs. 5 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
 - b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- 5.2 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt. Für eine medizinisch notwendige AHB erteilt der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage, wenn eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:
- Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse),
 - Schwere Herzoperation mit Herz-Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen-/Bypassoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem,
 - Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein),
 - Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter),
 - Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie),
 - Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen,
 - Querschnittslähmung, Schlaganfall, Unfall mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/-blutungen,
 - Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie.
- Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüft der Versicherer auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 d), Abs. 1.2 und Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 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.
8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

9. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
10. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.
11. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
12. Ist die versicherte Person Empfänger einer Organ- oder Gewebespende (Organempfänger), ist die Absicherung des Organspenders als medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG (s. Anhang) im tariflichen Rahmen in den Versicherungsschutz des Organempfängers einbezogen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist.

**§ 5
Einschränkung der
Leistungspflicht**

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) (entfallen);
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- 1.1 Abweichend von Abs. 1 b) sind im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung bei einer erstmaligen stationären Entziehungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig, soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.
- 1.2 Abweichend von Abs. 1 d) und Abs. 1 e) sind die Aufwendungen für ambulante Kurbehandlung sowie die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig.
Im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sind die während einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung entstandenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten als ambulante Kurkosten im tariflichen Rahmen erstattungsfähig. Solche Versicherungsleistungen können erstmals für Behandlung nach dreijähriger Versicherungsdauer erbracht werden und danach im Abstand von jeweils drei Jahren. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
- 1.3 Abweichend von Abs. 1 d) sind im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sowie für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die in Form der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn für die Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger zuständig ist. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
- 1.4 Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
- 1.5 Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
- 1.6 Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostikinstitutione und -kliniken.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- 2.1 Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muß der Behandelnde in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

**§ 6
Auszahlung der Versicherungsleistungen**

- 1.1 Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten.

Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
 - 1.2 Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
 - 1.3 Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
 3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
 4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
 - 4.1 Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß Devisenkursstatistik, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
 5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
 - 5.1 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto und Kosten für Übersetzungen werden nicht abgezogen.
 6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
 - 6.1 Ist ein Krankenausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

**§ 7
Ende des Versicherungsschutzes**

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

**§ 8
Beitragszahlung**

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

zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- 1.1 Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlaß (Skonto) von 4% des Beitrages.
- 1.2 Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
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 - s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der 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 G siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) 2013 in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

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

7.1 Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.

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

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

9.1 Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag nach den ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung vereinbaren. Für die Dauer des Ruhens sind Anwartschaftsbeiträge 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. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

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

- 1.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10 %. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5 % festgestellt wird.
- Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert sind (verpflichtend für Versicherungsverträge, die nach dem 20. Dezember 2012 abgeschlossen werden), beträgt der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche Satz 5 %.
- Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5 %.
- 1.2 Die Höhe der Entbindungspauschale (§ 4 Abs. 10 AVB) sowie tariflich vereinbarte Höchstsätze und Ersatzleistungen für die Nichtinanspruchnahme versicherter Leistungen werden bei einer Beitragsanpassung überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls der Kostenentwicklung angepasst.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 8c
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen sowie der Satzung.

§ 8d
Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

Der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen werden zusätzlich Beträge nach Maßgabe von § 150 VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

§ 9
Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- 1.1 Auf die fristgemäße Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.
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 (s. 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 - s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhalten einer Frist auch kündigen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegen- heitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. 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.

- 3.1 Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach Abs. 3 Gebrauch machen, haben das Recht, den nicht durch die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes in Krankheitskostenversicherungen des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortzuführen. Das Recht besteht nur, wenn der Antrag auf Fortsetzung gleichzeitig mit der Kündigung erklärt wird. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (vgl. § 8a Abs. 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
7. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - s. 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 - s. 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 (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- 8.1 Bei einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag und späterem Wechsel in eine substitutive Krankenversicherung des Versicherers mit Übertragungswert, kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung nur die Übertragung des nach diesem Wechsel aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe des § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer verlangen, bei dem er gleichzeitig einen neuen substitutiven Vertrag abschließt.
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.
- 10.1 Abweichend von Abs. 10 beträgt die Erklärungsfrist für die versicherten Personen drei Monate.

**§ 14
Kündigung durch den
Versicherer**

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.
- (1.) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung § 193 Abs. 3 VVG - (s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2.) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (2.1) Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf sein ordentliches Kündigungsrecht.
- (3.) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4.) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5.) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

**§ 15
Sonstige Beendigungsgründe**

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

**§ 18
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen**

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung

der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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 (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2.) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

1. 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 Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Zu § 4 Abs. 3.4

Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherten im Rahmen des Hilfsmittelmanagement

Lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel	Pulsoxymeter, Sauerstoffgeräte (Sauerstoffkonzentratoren, Druck- und Flüssiggassysteme), BabyÜberwachungsmoitore (Herz-/Atem-/Sauerstoffsättigungsüberwachung), Heimdialyse- und Beatmungsgeräte, Enterale und Parenterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung/Nährstoffe/-substanzen)
Hilfsmittel für Kinder	Kindergehwagen, Reha-Karren/-Buggys, Sitzschalen/-systeme, Therapiestühle, behindertengerechte Zurrüstungen für Drei-/Fahrräder, Spezial-Autokindersitze, soweit diese mit Mehrkosten gegenüber handelsüblichem Autokindersitz verbunden sind.
Schlafapnoetherapie- und intermittierende Beatmungsgeräte	CPAP-, CPAP-Spezial-, BiLEVEL-Systeme
Messgeräte	Blutdruck-/Blutzucker-/Blutgerinnungs-Messgeräte mit Zubehör.
Infusionshilfen	Spritzen, Pens, Insulinpumpen, Infusionspumpen.
Absauggeräte	Sekret-Absauggeräte, Milchpumpen
Inhalationshilfen	Inhalationshilfen und -geräte
Elektronische Sehhilfen	Bildschirmlesegeräte
Blindenhilfsmittel	Blindenhund, Blindenstöcke, Blindenleitgeräte, Vorlesegeräte.
Hörhilfen	Implantierbare Hörhilfen, Tinnitus-Masker/-Noiser, drahtlose Übertragungsanlagen.
Sitz- und Liegehilfen	Wechseldruckkissen, -matratzen und -systeme zur Dekubitus-Therapie.
Gehhilfen	Hand-/Gehstöcke, Gehstützen, Gehgestelle, Rollatoren, Gehwagen.
Kranken- / Behindertenfahrzeuge einschließlich Zubehör und Zurüstungen bei Rollstuhlpflichtigkeit	Elektrollstühle und Elektromobile, Rollstuhl-Zug-/Schubgeräte, Rollstuhlantriebe, Treppensteighilfen, Treppenraupen, Rampen.
Hilfsmittel zur zeitlich begrenzten Unterstützung einer Behandlung/Therapie (Eigentherapie)	Apparate zur Kompressionstherapie, Bewegungsschienen, Iontophoresegeräte, Nerven- und Muskelstimulationsgeräte (TENS, EMS), Inkontinenz-Therapiegeräte (Beckenbodentraining).
Inkontinenzhilfen	Inkontinenzhilfen (ableitend)
Stomaartikel	Stoma- und Tracheostomaartikel
Pflegehilfsmittel (Sofern kein Leistungsanspruch aus der Pflegepflichtversicherung beim Versicherten gegeben ist)	Pflege-/Multifunktions-Rollstühle, Patientenlifter, Kranken-/Pflegebetten, Badewannenlifter, Badewannenbretter/-sitze/-griffe, Duschhocker/-sitze/-stühle, Toilettensitzerhöhungen, Toiletten-/Duschrollstühle

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

nungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat. Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

**§ 38
Zahlungsverzug bei
Folgeprämie**

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

**§ 86
Übergang von
Ersatzansprüchen**

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

**§ 193
Versicherte Person;
Versicherungspflicht**

- .
.
.
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn

der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

.
. .
.

**§ 195
Versicherungsdauer**

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

.
. .
.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

**§ 146
Substitutive Krankenversicherung**

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

.
. .
.

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des 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.

**§ 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 Aufwendererstattung 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 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

**§ 257
Beitragszuschüsse für
Beschäftigte (in der bis
31.12.2008 geltenden Fassung)**

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versiche-

rungsschutz (§ 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 Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

Datenschutz-Informationsblatt

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Gothaer und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte beachten Sie, dass die vorliegenden Datenschutzhinweise ergänzend zu weiteren Datenschutzhinweisen gelten, die z. B. im Rahmen der Antragstellung ausgegeben werden.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) für die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung ist jeweils das Unternehmen, mit dem Sie in Kontakt stehen oder mit dem Sie einen Vertrag schließen oder bereits geschlossen haben. Für die jeweiligen Sparten und Produktgruppen sowie Services der Gothaer sind dies:

Gothaer Versicherungsbank VVaG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Allee 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Pensionskasse AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Das in Ihrem Fall jeweils tätige Unternehmen ist für die Datenverarbeitung grundsätzlich allein verantwortlich und gibt Ihre Daten grundsätzlich nur in den in diesen Datenschutzhinweisen genannten Situationen an andere Unternehmen des Gothaer-Konzerns weiter. Wenn nachfolgend von „wir“ oder „Gothaer“ die Rede ist, ist jeweils das in Ihrem Fall tätige Unternehmen gemeint.

Das Datenschutzteam der Gothaer erreichen Sie per E-Mail unter: datenschutz@gothaer.de. Sie können sich zudem postalisch auch direkt an den **Datenschutzbeauftragten** der Gothaer richten, indem Sie an die o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – schreiben.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz abrufen.

Antragstellung und Durchführung des Vertrages – Im Rahmen der Antragstellung verarbeiten wir Informationen zu Ihrer Person oder ggf. weiteren mitversicherten Personen und dem von Ihnen gewünschten Versicherungsumfang sowie ggf. weitere damit zusammenhängende Angaben. Wir benötigen diese Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten anschließend zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur allgemeinen Kunden- und Vertragsverwaltung, um mit Ihnen in Kontakt zu treten oder zur Rechnungsstellung und zur Verwaltung Ihres Beitragskontos. Am Ende einer Vertragsbeziehung werden die Daten zu Ihrer Person auch zur Abwicklung der Beendigung verwendet. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.** Die Daten aller mit einer der genannten Gothaer-Unternehmen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Bedarfsermittlung und Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Angaben zu einem Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist, wie hoch der Schaden ist und um die Schadensabwicklung vornehmen oder Regressforderungen und ggf. vertragliche Anpassungen prüfen zu können. Von uns übernommene Risiken versichern wir im Anschluss bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. auch Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Soweit Sie von einem Versicherungsvermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadensdaten. In diesem Zusammenhang erhalten wir diese Daten von Ihrem Vermittler zur Anpassung Ihrer Verträge und wir stellen dem Sie betreuenden Vermittler Daten zur Verfügung, soweit dies zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten erforderlich ist. Um Ihre bei der Antragstellung (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) oder bei Eintritt eines Versicherungsfalles gemachten Angaben überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann ein Austausch von personenbezogenen Daten mit einem anderen Versicherer erforderlich sein.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit für diese Verarbeitungen besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Soweit hierzu Ihre personenbezogene Daten verarbeitet werden, werden diese soweit möglich zunächst anonymisiert, d. h. sie werden so verändert, dass diese Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können. Alle Versicherungsunternehmen müssen an die Versicherungsaufsicht versicherungsspezifischen Statistiken liefern, die daraus wiederum verschiedene Gesamtstatistiken erstellt. Wir nutzen versicherungsspezifischen Statistiken auch zur

Planung und Umsetzung strategischer Maßnahmen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer sachgerechten Steuerung unserer internen Geschäftsprozesse sowie der Entwicklung bedarfsgerechter Tarife. Soweit wir versicherungsspezifischen Statistiken an die Versicherungsaufsicht weitergeben müssen ist die Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO i.V.m den versicherungsrechtlichen Vorgaben.

Erstellen wir Statistiken auf Grundlage von besonderen Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten), erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

IT-Sicherheit und IT-Betrieb – Wir verarbeiten Ihre Daten auch zum Zweck der Gewährleistung der IT-Sicherheit und des störungsfreien IT-Betriebs. Wir erfassen z. B. Zugriffe auf unsere Datenbankstrukturen, analysieren diese im Hinblick auf Auffälligkeiten und untersuchen Dateien um ggf. Maßnahmen zur Abwehr von IT-Sicherheitsrisiken und zum Schutz vor Schadsoftware ergreifen zu können. Wir überwachen die datenverarbeitenden Systeme zudem, um deren Verfügbarkeit sicherstellen zu können und dokumentieren Fehler der Systeme, um diese analysieren und korrigieren zu können. Soweit es bei diesen Maßnahmen auch zu einer Verarbeitung Ihrer Daten kommt, beruht diese Verarbeitung auf unseren berechtigten Interessen an einem störungsfreien und sicheren Betrieb unserer Systeme gem. Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO.

Risikobeurteilung, Missbrauchsprävention und Aufklärung von Straftaten – Insbesondere im Zusammenhang mit Vertragsschlüssen und Schadensprüfungen nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch oder sonstige Straftaten hindeuten können. Wir nutzen hierbei auch das gemeinsame Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Sofern die o. g. Unternehmen am Informationsaustausch mit dem HIS teilnehmen, ist dies in den jeweiligen Versicherungsunterlagen kenntlich gemacht. Im Falle eines begründeten Verdachts werden Angaben zum Sachverhalt und den beteiligten Personen auch zur Aufklärung von etwaigen Straftaten genutzt. Darüber hinaus unterstützen uns auch Rückversicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen. In diesem Zusammenhang übermitteln wir Ihre Daten an Rückversicherer jedoch stets nur soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen an einer sachgerechten Risikoeinschätzung erforderlich ist. Sofern infolge der Risikobeurteilung Hinweise auf erhöhte Risiken deuten, werden wir Sie hierzu kontaktieren und ggf. vor der weiteren Bearbeitung des Vorgangs weitere Nachfragen erbiten. Sofern sodann besondere oder erhöhte Risiken festgestellt werden, können diese im Rahmen einer Angebots- oder Vertragsanpassung berücksichtigt werden. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer effizienten Missbrauchsprävention und Risikobewertung sowie der Eindämmung der Risiken und Schäden.

Werbung und Kundenzufriedenheit – Wir verwenden die Daten, die wir von Ihnen erhalten haben, um Sie z. B. postalisch oder – sofern Sie dem zugestimmt haben – auch telefonisch, per E-Mail oder Textnachrichten auf unsere Produkte und Leistungen sowie für andere Produkte der Gothaer-Konzerns und deren Kooperationspartner hinzuweisen oder um Sie zu Ihrer Kundenzufriedenheit zu befragen. Wenn wir Ihre E-Mail-Adresse im Zusammenhang mit einem Vertragsschluss erhalten haben, verwenden wir diese auch für werbliche E-Mails zu Produkten und Leistungsangeboten, die zu Ihrem Bedarf passen. Diese Mitteilungen können Sie jederzeit abbestellen oder Sie können der werblichen Ansprache insgesamt widersprechen. Hinweise hierzu finden Sie in jeder werblichen Mitteilung. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer Bewerbung unserer Produkte und Leistungen. Soweit Sie eine Einwilligung zum Erhalt von werblichen Mitteilungen abgegeben haben, ist diese gem. Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO Rechtsgrundlage für die werbliche Kontaktaufnahme.

Bonitätsauskünfte – Im Rahmen der Antragstellung bei der Kfz-Haftpflichtversicherung, der Krankenvollversicherung außerhalb des Basisstarifs sowie im Fall von nicht gezahlten Versicherungsbeiträgen fragen wir bei einer Auskunft (z. B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer sachgerechten Einschätzung des Zahlungsausfallsrisikos. Sofern darüber hinaus in anderen Situationen Informationen von Auskunftsteilen eingeholt werden sollen, wird hierfür gesondert ihre Einwilligung erbeten.

Einsatz digitaler Assistenzsysteme und Weiterentwicklung unserer Abläufe und Systeme – Im Rahmen unserer internen Abläufe, z. B. bei der Bearbeitung eingehender Kundennachrichten und sonstiger Mitteilungen, nutzen wir auch digitale Assistenzsysteme. Bei der Eingangsbearbeitung können wir so nachvollziehen, welche Arten von Dokumenten und Mitteilungen uns erreichen. Wir analysieren diese mit dem Ziel die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen effizient zu gestalten. Der Einsatz der digitalen Assistenzsysteme erfolgt, um die anfallenden Tätigkeiten zu unterstützen und die Abläufe zu optimieren. Die Assistenzsysteme werden dabei auch angelernt und weiter verbessert. Wir verarbeiten Ihre Daten aus dem Vertragsverhältnis einschließlich den bei der Kontaktaufnahme mit dem Kundenservice verarbeiteten Daten dabei daher sowohl zu den Zwecken, über die wir Sie bei der Erhebung informiert haben als auch darüber hinaus für weitere, damit vereinbare Zwecke im Rahmen der gesetzlichen Regelungen und unter konsequenter Einhaltung unserer auch sonst gewährleisteten Sicherheitsstandards. So werden z. B. Eingangsdokumente nicht nur verarbeitet, um den jeweiligen Vorgang zu bearbeiten, sondern zugleich, um unsere internen digitalen Assistenzsysteme weiter zu optimieren. Rechtsgrundlage für die Nutzung der Daten zur Weiterentwicklung unserer Abläufe und Systeme ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an deren stetiger Optimierung.

Gesetzliche Verpflichtungen – Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Mitteilungspflichten, geldwäscherechtlicher Identifikationspflichten oder unserer Beratungspflicht. Im Rahmen von Vertragsbeziehungen mit gewerblichen Kunden verarbeiten wir auch öffentlich verfügbare Informationen (z. B. aus dem Handelsregister), um unserer geldwäscherechtlichen Pflicht zur Identifikation der wirtschaftlich Berechtigten nachzukommen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO i.V.m den jeweiligen gesetzlichen Regelungen.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden grundsätzlich nur dann an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag oder einer Schadensregulierung erforderlich ist, ein berechtigtes Interesse an der Weitergabe besteht oder Ihre Einwilligung hierfür vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind.

Rückversicherer – Eine Datenweitergabe erfolgt potentiell im Rahmen der Rückversicherung unserer Risiken oder zur Risikobewertung.

Vermittler – Eine Datenweitergabe erfolgt, sofern Ihr Vermittler Angaben zur sachgerechten Beratung und Betreuung in den Sie betreffenden Versicherungsangelegenheiten benötigt.

Frühere oder weitere Versicherer – Eine Weitergabe der Daten zu einem Vertrag erfolgt im Rahmen eines Antrags oder auch bei der Schadensabwicklung, um die Daten mit dem von Ihnen angegebenen vorherigen Versicherer oder weiteren Versicherern abzugleichen.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) – In der gemeinsamen Hinweisdatenbank der Versicherungswirtschaft werden in bestimmten Konstellationen Angaben zu Versicherungsfällen, versicherten Personen und Gegenständen gespeichert, um besondere Schadensfolgen, Auffälligkeiten und erschwerte Risiken wie z. B. gefahrenträchtige Berufe identifizieren und im Rahmen der Risikobewertung berücksichtigen zu können.

Datenverarbeitung in Konzernunternehmen – Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unseres Konzerns nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für Unternehmen im Konzern zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Konzerns besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für das gemeinsame Kundenservice-Center und den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für die zentrale Bearbeitung steuerlicher oder rechtlicher Sachverhalte, für das Forderungsmanagement, Auszahlungen von Versicherungsleistungen oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen des Konzerns verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die Dienstleisterliste finden Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.gothaer.de/datenschutz.

Externe Dienstleister – Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.gothaer.de/datenschutz einsehen.

Behördliche Empfänger – Zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten oder im Rahmen der Aufklärung von Straftaten können personenbezogenen Daten auch an Behörden weitergegeben werden (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- oder Strafverfolgungsbehörden). Im Zusammenhang mit Abkommen zum internationalen Informationsaustausch der Finanzbehörden (z. B. CRS, FATCA-Abkommen) kann das Bundeszentralamt für Steuern von uns Daten anfordern.

Empfänger in Drittländern – Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten noch für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (z. B. gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherrisiken betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter den o. g. Adressen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Falls gespeicherte Daten falsch oder nicht mehr aktuell sein sollten, haben Sie das Recht diese Daten berichtigen zu lassen. Sie können außerdem die Löschung Ihrer Daten verlangen. Sollte die Löschung aufgrund entgegenstehender gesetzlicher Pflichten nicht möglich sein (z. B. wegen der Aufbewahrungspflichten nach dem Geldwäschegesetz oder der Abgabenordnung), werden die Daten gesperrt, so dass sie nur noch für diesen gesetzlichen Zweck verfügbar sind. Sie können die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten außerdem einschränken lassen, wenn z. B. die Richtigkeit der Daten von Ihrer Seite angezweifelt wird. Ihnen steht weiterhin ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Auf die Folgen eines Widerrufs wird im Rahmen der Einwilligungserklärungen stets hingewiesen. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich an die o. g. Kontaktdaten.

Profiling und automatisierte Einzelfallentscheidungen

Soweit wir automatisierte Abläufe und digitale Assistenzsysteme einsetzen, erfolgt dies grundsätzlich zur Unterstützung unserer internen Abläufe und üblicherweise ist stets ein menschlicher Mitarbeiter in die Vorgänge und Entscheidungen involviert. In einigen Konstellationen erfolgen aber Abläufe zur schnellen und effizienten Abwicklung auch automatisiert.

Wir verarbeiten dabei Ihre Angaben und Informationen zu Ihren Versicherungsverträgen, um bestimmte Aspekte unserer Kunden- und Vertragsbeziehungen zu analysieren und Wahrscheinlichkeiten im Hinblick auf bestimmte Konstellationen abzuschätzen (sog. Profiling). So können wir beispielsweise bei der Antrags-, Vertrags- sowie Schaden- und Leistungsbearbeitung schnelle Entscheidungen auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmale treffen (sog. automatisierte Einzelfallentscheidung). Die Berechnung der hierfür zugrunde gelegten Wahrscheinlichkeitswerte erfolgt nach mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Technische und organisatorische Maßnahmen sowie interne Prüfmechanismen stellen die Richtigkeit der Berechnungen sicher. Die automatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerten zu unseren Versicherungsprodukten und den daraus abgeleiteten Regeln und Grenzwerten. Das Verfahren hilft uns z. B. Sachverhalte zu erkennen, die ohne weitergehende Risikoprüfungen weiterbearbeitet werden können oder bei denen Risikoaufschläge vertraglich vereinbart werden müssen oder bei denen wir einen Versicherungsvertrag nur unter Ausschluss bestimmter Leistungen anbieten. Auch die Höhe Ihrer Versicherungsbeiträge kann anhand dieses Verfahrens bestimmt werden. Sollte aufgrund der automatisierten Prüfung ein Antrag abgelehnt werden, werden wir Sie hierüber informieren. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. So können Sie das Ergebnis der automatisierten Entscheidung durch unsere Mitarbeiter nachprüfen lassen. Diese Rechte bestehen indes nicht, wenn Ihrem Begehren, also z. B. Ihrem Antrag, vollumfänglich stattgegeben wurde.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf