

# Vertragsgrundlage 330

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung 2008 Tarif Vision Start

Seite 1 von 6 Stand: 01.2008

### Ihr Versicherungsschutz

	<p>Sie haben einen Versicherungsschutz mit umfassendem medizinischem Service gewählt. Auf Ihren Wunsch unterstützen wir Sie beispielsweise durch:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>allgemeine Gesundheitsberatung</li><li>Beratung über Vorsorgeprogramme</li><li>medizinische Informationen</li><li>zahnmedizinische Informationen</li><li>Vermittlung von Arzt zu Arzt Gesprächen</li><li>Medikamentenberatung</li></ul>	<p>ärztliche Zweitmeinungen</p> <p>Informationen zu geplanten Krankenhausaufenthalten</p> <p>Adressen von Behandlern</p> <p>Terminvereinbarungen mit Behandlern.</p> <p>Die medizinischen Serviceleistungen sind zentraler Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes. Die weiteren Versicherungs- und Serviceleistungen werden nachfolgend näher beschrieben:</p>
<b>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Wir bieten im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle, andere im Vertrag genannte Ereignisse und Dienstleistungen.</li><li>Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft, die Entbindung sowie ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.</li><li>Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</li><li>Verlegen Sie oder eine mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass wir zu bis zur Höhe derjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen wären.</li></ol>
<b>§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zustandekommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.</li><li>Neugeborene versichern wir ohne Wartezeiten und</li></ol>	<p>Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.</p>
<b>§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherten)</b>	<p>Wartezeiten bestehen nur bei nachträglichen Erhöhungen des Versicherungsschutzes und sind nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen. Sie rechnen vom Beginn der Erhöhung an und betragen bei Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Kiefer-</p>	<p>orthopädie und funktionsanalytischer sowie funktionstherapeutischer Zahnbehandlung 8 Monate, ansonsten 3 Monate. Auf Grund besonderer Vereinbarung (bei ärztlicher Untersuchung) können sie entfallen.</p>
<b>§ 4 Informationen zum Leistungsumfang</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistungen ergeben sich aus § 4a.</li><li>Ihnen steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, Zahnärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen frei.</li><li>Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie physikalisch medizinische Behandlungen müssen Sie sich von den unter Abs. 2 genannten Behandlern verordnen lassen. Arzneimittel sind außerdem aus der Apotheke oder von anderen von uns empfohlenen Einrichtungen zu beziehen.</li><li>Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung können Sie unter den Krankenhäusern, die unsere Card für Privatversicherte akzeptieren, frei wählen. Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Dies gilt nicht</li></ol>	<p>bei einer notfallmäßigen Einweisung.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, haben Sie nur dann einen Leistungsanspruch, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.</li><li>Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als Erfolg versprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.</li></ol>

- § 4a Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistung**
- 1. Ambulante Heilbehandlung:**
- 1.1 Versicherungsleistungen**  
 Folgende Aufwendungen werden zu 100% übernommen:
- a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen der Ärzte und Hebammen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung. Leistungen von Heilpraktikern sind nicht erstattungsfähig.
- b) Psychotherapeutische Leistungen niedergelassener Ärzte mit psychotherapeutischer Facharztausbildung oder entsprechender Zusatzqualifikation, approbierter Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind.  
 Erstattungsfähig sind je Behandlungsfall  
 - bis zur 30. Therapiesitzung 100%  
 - ab der 31. Therapiesitzung 80%  
 der Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland geltenden Gebührenordnungen,
- c) Arznei- und Verbandmittel (Lifestyle-Produkte, wie z.B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u.ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden).
- d) Physikalisch- medizinische Behandlungen wie Krankengymnastik, Massagen, Inhalationen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie (nicht jedoch Fitness und Wellnessanwendungen, sowie Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) durch dazu qualifizierte Personen bis zur Höhe der in unserem Preisverzeichnis für Heilmittel angegebenen Beträge.
- e) Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) ab einer Fehlsichtigkeit von 8,0 Dioptrien:  
 - ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR,  
 - bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR.
- f) Hörgeräte innerhalb von 5 Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 EUR pro Ohr.
- g) Folgende abschließend aufgezählte Hilfsmittel: Sprechgeräte, Bruchbänder, orthopädische Fußeinlagen und Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Gummistrümpfe, Bandagen, Gipsliesgeschalen, Korrektorschienen, Leibbinden, orthopädische Stützapparate und Kunstglieder.  
 Wird ein Rollstuhl, Sauerstoffkonzentrator oder ein Herz- oder Atemmonitor verordnet, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln organisieren wir für Sie und erstatten die Kosten. Aufwendungen für eine von Ihnen selbst organisierte Versorgung sind bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die bei einer von uns übernommenen Versorgung entstanden wären.
- 1.2 Serviceleistungen**  
 Rufen Sie unseren medizinischen Service an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Zu Arznei- und Hilfsmitteln beraten wir Sie. Bei den Hilfsmitteln, die wir zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung.
- 2. Stationäre Heilbehandlung:**  
 Planbare Krankenhausaufenthalte (vgl. § 9 Abs.1) sind vorher anzuzeigen.
- 2.1 Versicherungsleistungen**  
 Folgende Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung werden zu 100% übernommen:
- a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, allerdings ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme des Privatarztes (allgemeine Krankenhausleistungen).
- b) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.
- c) Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Voraussetzung hierfür ist, dass Gefahr für Leib und Leben besteht, im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport deshalb ärztlich angeordnet wird.
- 2.2 Serviceleistungen**  
 Rufen Sie unseren medizinischen Service an. Wir nennen Ihnen Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.
- 3. Zahnärztliche Heilbehandlung:**
- 3.1 Versicherungsleistungen**  
 Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung, bzw. bei Material- und Laborkosten bis zur Höhe der in unserem beigefügten Preisverzeichnis angegebenen Beträge übernommen:
- a) Zahnbehandlung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen zu 100%.
- b) Zahnersatz zu 50%, wird er unfallbedingt erforderlich zu 80%, vorausgesetzt vor Behandlungsbeginn wird ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt. Andernfalls übernehmen wir die Kosten zu 25%.  
 Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbisbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.  
 Erstattungsfähig sind zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate)  
 - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind;  
 - zur Versorgung einer Freidendücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,  
 - zur Fixierung einer Totalprothese.  
 Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.
- c) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen zu 50%, werden diese unfallbedingt erforderlich zu 80%, vorausgesetzt vor Behandlungsbeginn wird ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt. Andernfalls übernehmen wir die Kosten zu 25%.
- d) Kieferorthopädische Leistungen nur für Kinder und Jugendliche bis zum Alter 20 zu 90%.
- 3.2 Zahnstaffel**  
 a) Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung nach der Zahnstaffel.  
 b) Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung nach diesem Tarif für  
 - Zahnersatz,  
 - Implantate  
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für  
 - Kieferorthopädie  
 in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig.
- 3.3 Serviceleistungen**  
 Rufen Sie unseren medizinischen Service an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.

§ 4a Fortsetzung	<p><b>4. Selbstbehalt</b></p> <p>4.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 400,00 EUR abgezogen. Dies gilt je versicherte Person und Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt die Hälfte.</p> <p>4.2 Wenn Ihr Versicherungsschutz nicht am 1.1. eines Jahres beginnt, haben Sie - für dieses erste Jahr - nicht den gesamten Selbstbehalt zu tragen. Der Selbstbehalt wird nur entsprechend der verbleibenden Monate bis zum Ende des Kalenderjahres berücksichtigt.</p> <p>4.3 Ändern Sie den Selbstbehalt, so gilt für die Zeit vor dem Wechsel der bisherige und ab diesem Zeitpunkt der neue Selbstbehalt. Ein bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.</p>	<p>4.4 Endet Ihre Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.</p> <p><b>5. Optionsrecht</b> Zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung ununterbrochen 5 volle oder 10 volle Kalenderjahre bestanden hat, können ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in die Tarifgruppe Vision 1 oder Vision 2 wechseln. Dabei finden die übrigen Bestimmungen für die Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) Anwendung. Während dieser Zeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert. Der Antrag auf den Wechsel in die Tarifgruppe Vision 1 oder Vision 2 muß uns spätestens zum Ablauf des vollen 5. bzw. 10. Kalenderjahres vorliegen.</p>
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	<p>1. Wir leisten nicht für</p> <p>a) Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;</p> <p>b) Entziehungsmaßnahmen. Bei erstmaliger stationärer Entziehung beteiligen wir uns an den Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen, d.h. den Behandlungskosten, ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme eines Privatarztes, zu 80%;</p> <p>c) vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfallfolgen;</p> <p>d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;</p> <p>e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;</p> <p>f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.</p> <p>g) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der</p>	<p>Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.</p> <p>2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder entstehen hierfür Kosten, die diejenigen einer medizinisch gleichwertigen bzw. auf das gleiche Behandlungsziel gerichteten Alternative, erheblich übersteigen, setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab. Ebenso verfahren wir, wenn die für eine Maßnahme berechneten Kosten wesentlich über dem allgemein üblichen Entgelt liegen.</p> <p>3. Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.</p> <p>4. Haben Sie oder die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Erstattung aller Verpflichteten zusammen die Aufwendungen nicht übersteigen.</p>
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	<p>1. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.</p>	<p>2. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.</p> <p>3. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.</p>
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>	

## Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung	<p>1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).</p> <p>2. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Beginnt die Versicherung erst nach Ablauf dieser Frist, ist der erste Beitrag zum Versicherungsbeginn fällig.</p> <p>3. Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.</p>	<p>4. 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 wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 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.</p> <p>5. Zahlen Sie Beiträge auf Grund einer besonderen Vereinbarung im Voraus, so erhalten Sie vom Bruttobeitrag einen Rabatt von 1% bei vierteljährlicher, 2% bei halbjährlicher und 3% bei jährlicher Zahlung.</p>
---------------------	--	---

§ 8a Beitragsbe- rechnung	<p>1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.</p> <p>2. Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.</p> <p>3. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p>	<p>4. Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen.</p> <p>5. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.</p> <p>6. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.</p> <p>7. Nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und unseren technischen Berechnungsgrundlagen werden zusätzliche Beiträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend unseren technischen Berechnungsgrundlagen.</p>
§ 8b Beitragsanpassung	<p>1. Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern –also auch Ihnen – gegenüber verpflichten, können sich durch steigende Behandlungskosten, eine häufigere Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der Vergleich der Barwerte der erforderlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit</p>	<p>erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag mit dem kalkulierten Zuschlag (§ 19 Satz 2) verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.</p> <p>2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen.</p> <p>3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.</p> <p>4. Müssen Beiträge angepasst werden, kann auch die Höhe des Ausgleichskrankenhaustagegeldes angepasst werden.</p>
§ 9 Mitwirkungspflichten	<p>1. Ein planbarer Krankenhausaufenthalt ist uns rechtzeitig vor Behandlungsbeginn anzuzeigen. Planbar sind alle Aufenthalte, die nicht auf Grund eines Unfalls oder einer sonstigen akuten Behandlungsnotwendigkeit angetreten werden.</p> <p>2. Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu er-</p>	<p>teilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.</p> <p>3. Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.</p>
§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten	<p>Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 2 und 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei</p>	<p>arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.</p>
§ 11 Aufrechnung	<p>Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.</p>	

## Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrück- erstattung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht überwacht.</li> <li>2. Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung oder Gut-</li> </ol>	<p>schrift, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).</li> </ol>
----------------------------------	--	---

## Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungs- nehmer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres schriftlich kündigen.</li> <li>2. Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens kündigen.</li> <li>3. Werden Sie oder eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, können Sie das Versicherungsverhältnis binnen 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zu diesem Ereignis kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von 2 Monaten, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, nachweisen. Es sei denn, Sie weisen nach, dass Sie die Versäumung der Frist nicht zu vertreten haben. Danach ist eine Kündigung nur zum Ende des Monats möglich, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Gleiches gilt für das Entstehen des gesetzlichen Anspruchs auf Familienversicherung oder eines nicht nur vorübergehenden Anspruchs auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Wenn wir die Beiträge auf Grund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.</li> <li>5. Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort.</li> <li>6. Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.</li> </ol>
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.	
§ 15 Sonstige Beendi- gungsgründe	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dessen Tod schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.</li> <li>2. Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Staat</li> </ol>	<p>als die in § 1 Abs.5 genannten endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine andere Vereinbarung treffen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden, sofern Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug beantragen.</p>

## Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis	Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.	
§ 17 Verjährung Gerichtsstand	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.</li> <li>2. Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.</li> <li>3. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in</li> </ol>	<p>Deutschland haben.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.</li> </ol>

---

**§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

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

2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei 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**

Sie können jederzeit für sich oder eine versicherte Person den Wechsel in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie verlangen, wenn Sie, bzw. die versicherte Person die in § 257 Abs. 2a Nr.2, 2a-2c SGB V (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen. Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie wird ein in den tech-

nischen Berechnungsgrundlagen festgelegter Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt.