

## Allgemeine Versicherungsbedingungen

### Teil I

#### Rahmenbedingungen 2016 für die Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.10.2016

### Der Versicherungsschutz

#### § 1

##### Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie erbringt im Versicherungsfall die tarifliche Leistung.
- (2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Er beginnt mit der Heilbehandlung und 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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfälle gelten auch
  - a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
  - b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - c) medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung),
  - d) ein nicht rechtswidrig durchgeführter Schwangerschaftsabbruch,
  - e) eine notwendige stationäre Versorgung in einem Hospiz,
  - f) der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den gesetzlichen Vorschriften, dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie sonstigen Vereinbarungen.

Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Zieltarif erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die INTER bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8 Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die höheren oder umfassenderen Leistungen einen Leistungsausschluss wählt.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) (siehe Anhang) ist ausgeschlossen.
- (5) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen um Rettung von Menschen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten.

Als Unfall gelten auch

  - tauchertypische Erkrankungen,
  - durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
  - durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Schä-

digungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Infektionen gelten nur dann als Unfallfolgen, wenn die Krankheitserreger

- durch eine nicht nur geringfügige Unfallverletzung oder
- aufgrund einer unfallbedingten Heilmaßnahme oder eines unfallbedingten Eingriffs

in den Körper gelangten.

Nicht als Unfallfolge gelten

- Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen, es sei denn, dass ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, dass diese durch eine unfallbedingte strahlendiagnostische oder -therapeutische Maßnahme verursacht wurden,
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, dass diese durch einen Unfall verursacht waren sowie
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

**§ 2**

**Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

- (1) Der Versicherungsschutz besteht, sofern nichts anderes bestimmt ist, weltweit.
- (2) Ausland sind alle Gebiete außerhalb Deutschlands. Hinsichtlich der Regelungen zum Krankenrücktransport aus dem Ausland und zur Überführung oder Bestattung im Todesfall gilt ein Staat, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, nicht als Ausland.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Vertragsstaat), ist die INTER höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten, erlischt deren Versicherungsschutz, sofern nicht eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Die INTER verpflichtet sich, auf Antrag des Versicherungsnehmers eine anderweitige Vereinbarung nach Satz 1 anzubieten, wenn und solange die versicherte Person einen weiteren Wohnsitz innerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten unterhält. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Fortführung des Versicherungsschutzes bis zum Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts der versicherten Person außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten beantragt.

Die INTER kann in der anderweitigen Vereinbarung neben einem Beitragszuschlag, der der Kosten- und Risikosituation im Land des gewöhnlichen Aufenthalts Rechnung trägt, den Ausschluss oder die Begrenzung

der Leistungen für Krankenrücktransport aus dem Ausland sowie Überführung oder Bestattung im Todesfall verlangen.

Die anderweitige Vereinbarung kann befristet werden. Beantragt der Versicherungsnehmer vor Ablauf einer befristeten Vereinbarung eine weitere Fortsetzung des Versicherungsschutzes, gilt Satz 2 entsprechend.

- (5) Als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gilt der Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts im Ausland. Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

Beitragszuschläge nach den Absätzen 3 und 4 sind ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zu zahlen. Bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland entfallen die Beitragszuschläge nach den Absätzen 3 und 4 sowie der Ausschluss oder die Begrenzung der Leistungen nach Absatz 4.

- (6) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umgestellt wird. Erfolgt dies innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts, wirkt die Vertragsumstellung ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, wirkt die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung zum Ersten des Folgemonats.
- (7) Für die Schweiz gilt die Regelung bzgl. der EWR-Vertragsstaaten analog.

**§ 3**

**Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Wartezeiten**

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 - mit Ausnahme der Erstbeitragszahlung - für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Besteht bei der INTER am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist die INTER verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Es besteht auch Versicherungsschutz für Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des

versicherten Elternteils ist. Eine niedrigere Stufe der Selbstbeteiligung gilt hierbei nicht als höher oder umfassender.

- (3) Bei Adoption eines minderjährigen Kindes ist mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Ansonsten gilt für eine solche Adoption Absatz 2 entsprechend.
- (4) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wartezeiten

- (5) Bei Abschluss einer Krankheitskostenversicherung wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einer versicherten Person folgende Wartezeitregelungen:
- a) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
  - b) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, bei Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
  - c) Die Wartezeiten rechnen von dem Zeitpunkt an, zu dem die Vertragsänderung wirksam wird.
  - d) Die Wartezeiten entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.

**§ 4**

**Umfang der Leistungspflicht**

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif (AVB Teil II) und den Absätzen 10 bis 13. Die Absätze 3 bis 9 gelten insoweit, als die jeweiligen Leistungen Bestandteil der tariflichen Leistungszusage sind.
- (2) Leistungsjahr  
Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr.  
Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, ist das Behandlungsdatum bzw. das Kaufdatum der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.
- (3) Leistungserbringer  
Folgende Leistungserbringer können in Anspruch genommen werden:
- niedergelassene approbierte Ärzte und Zahnärzte,
  - approbierte Ärzte und Zahnärzte in Krankenhausambulanzen,

- Notarzt,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht),
- approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis oder in einem MVZ,
- Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bei Soziotherapie (sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht),
- ambulanten Hospizdienste
- staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen).

Bei Heilbehandlung im Ausland können die im jeweili-

gen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(4) Abrechnungsgrundlagen für Gebühren und Entgelte

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind.

Psychotherapeutische Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind bis zu den Beträgen der Hebammengebührenordnung (HebGebO) der Bundesländer erstattungsfähig.

Die Kosten für Heilmittel sind bis zu den nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.

(5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 3 genannten und zur Verordnung berechtigten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Der Bezug ist auch aus einer Internet- oder Versandapotheke möglich, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

(6) Freie Krankenhauswahl

Die versicherte Person hat bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Dazu gehören Bundeswehrkrankenhäusern.

(7) Anschlussrehabilitation

Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbleibende Aufwendungen (mit Ausnahme von Zuzahlungen) für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit für diese bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 28 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen ein späterer Beginn der Anschlussrehabilitation indiziert ist, ist auch ein späterer Beginn möglich.

(8) Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalt), im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn die INTER diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine akut stationäre Behandlung handelt.
- es sich um eine Anschlussrehabilitation unter den Voraussetzungen von Absatz 7 handelt.

(9) Alternativmedizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die INTER leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie 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; die INTER kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Sieht der Tarif eine Leistung für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern oder ärztlichen Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis vor, gelten Satz 1 und 2 insoweit nicht.

(10) Künstliche Befruchtung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung), wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann.
- Zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Eine hinreichende Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung ist gegeben.
- Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt.
- Eine Befruchtung erfolgt ausschließlich mit Ei- und Spermienzellen des Ehepartners bzw. der Partnerin in eheähnlicher Gemeinschaft (homologe Befruchtung).

Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln.

Besteht für die Behandlung des nicht bei der INTER versicherten Ehe- oder Lebenspartners ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung), sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.

#### (11) Absicherung von Lebendorganspendern

Die im Folgenden geregelte Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers.

Maßgeblich für die Erstattung ist der mit dem Organempfänger vereinbarte Tarif. Erstattungsfähig sind die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten für

- erforderliche Voruntersuchungen, stationäre Behandlung und die Nachbetreuung nach § 8 Abs. 3 Transplantationsgesetz (TPG),
- ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation, wenn diese medizinisch notwendig ist.

Außerdem sind erstattungsfähig:

- die angemessenen Fahrt- und Reisekosten zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort;
- der nachgewiesene tatsächlich erlittene Verdienstaufschlag;
- der nachgewiesene Ausfall von Sozialversicherungsbeiträgen;
- die Kosten der im Zusammenhang mit der Organspende verpflichtenden gutachterlichen Stellungnahme.

Soweit der Organspender aufgrund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstaufschlag erleidet, erstattet die INTER anstelle des Verdienstaufschlags dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Vertragliche Selbstbeteiligungen, die für den Organempfänger gelten, wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

Personen, die Blut, Gewebe oder Organe spenden, sind gesetzlich unfallversichert. Treten Komplikationen im Zusammenhang mit der Organspende auf und besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, besteht nur ein Anspruch für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

#### (12) Entwöhnungsmaßnahmen

Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage sind die Aufwendungen für ambulante oder stationäre Ent-

wöhnungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig. Die INTER wird die schriftliche Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z.B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, Ärzteversorgungswerke) und eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen.

Bei einer ambulanten Entwöhnungsmaßnahme werden 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Nicht erstattungsfähig sind die Fahrtkosten.

Bei einer stationären Entwöhnungsmaßnahme werden die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus (siehe AVB Teil II) erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen sowie gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

#### (13) Stationäre Hospizversorgung

Die INTER leistet für Aufwendungen einer notwendigen stationären Versorgung in einem Hospiz, wenn

- die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- die Lebenserwartung voraussichtlich auf Wochen oder wenige Monaten begrenzt ist,
- eine ärztliche Verordnung vorliegt und
- das Hospiz von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versorgungsvertrag zugelassen ist.

Erstattungsfähig sind - einschließlich der Leistungen der Pflegepflichtversicherung - 100% der Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

#### (14) Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, den Vorschriften der Satzung und den Beschlüssen des Vorstands vorgenommen.

- Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.
- Als Form der Überschussbeteiligung kommen in Frage: Auszahlung, Gutschrift, Beitragssenkungen, Leistungserhöhungen sowie Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
- Beschließt der Vorstand eine Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit, werden die Voraussetzungen hierfür bekannt gegeben.

## § 5

**Einschränkung der Leistungspflicht**

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht sind. Gleiches gilt für Kriegsereignisse im Ausland, sofern
    - bei der Einreise der versicherten Person bereits eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder
    - eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde, und die versicherte Person - ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein - das betroffene Gebiet nicht verlassen hat.
  - b) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.
  - c) für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeigeführt hat.
  - d) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie weitere Leistungserbringer und in Krankenanstalten, deren Rechnungen die INTER aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.
  - e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen mit Ausnahme einer Anschlussrehabilitation nach § 4 Abs. 7 sowie Entwöhnungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 12, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.
  - f) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner nach § 1 Partnerschaftsgesetz, Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
  - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die INTER ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Entgelte für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die INTER berechtigt, die Leistung auf den angemessenen Betrag zu reduzieren.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Kostenträgers (z.B. der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung), ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche über die gesetzlichen Leistungen hinaus ein Tarifanspruch besteht.

## § 6

**Auszahlung der Versicherungsleistungen**

- (1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der INTER.
- Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:
- Name der behandelten Person,
  - Krankheitsbezeichnung und
  - Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung.
- Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit dem Ausstellungsdatum, dem Namen der behandelten Person und dem Bezugsdatum versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.
- (2) Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (4) Die Versicherungsleistung kann nur der Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, er hat die versicherte Person gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Leistung benannt. In diesen Fällen ist die INTER verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Be-

- lege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs laut „Devisenkursstatistik“ (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb Deutschlands und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform von der INTER Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat die INTER eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.
- Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei der INTER.
- Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch die INTER vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 7**

#### **Beitragszahlung**

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres (siehe § 12 Abs. 1) zu entrichten, kann aber auch in monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei Jahreszahlung kann ein Beitragsnachlass (Skonto) eingeräumt werden. Der Beitrag oder die monatliche Beitragsrate ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen.
- Die Beiträge sind an die von der INTER zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- (3) Wird der Abschluss einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienenden Krankheitskostenversicherung später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag zu entrichten. Dieser beträgt für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines 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 von der INTER die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen der INTER durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.
- (4) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienenden Krankheitskostenversicherung mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn die INTER. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt die INTER unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrags ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat,

ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrags tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II) oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XII) 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 dem Eintritt des Ruhens versichert war (Ursprungstarif), wenn alle rückständigen Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der

Sätze 6 und 7 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Ursprungstarif gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder dem SGB XII nachzuweisen; die INTER kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (5) Bei anderen als den in Absatz 4 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

## § 8

### Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

#### Beitragsberechnung

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

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein, sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat.

Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung des Beitrags (z.B. wegen Änderung des Versicherungsschutzes oder einer Beitragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 7) hängt der neue Beitrag von dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Alter der versicherten Person ab.

Besteht eine Alterungsrückstellung, wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt, indem die Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung des Beitrags wegen des steigenden Alters der versicherten Person ist dann während der Dauer des Versicherungsverhältnisses insoweit ausgeschlossen.

- (3) Bei Beitragsänderungen werden bestehende Risikozuschläge entsprechend angepasst, soweit keine hiervon abweichende Regelung vereinbart wurde.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, soweit die Leistungen höher oder umfassender sind, ein erhöhtes Risiko vor, kann die INTER dafür einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken. Anstelle des Risikozuschlags kann der Versicherungsnehmer den Ausschluss der höheren oder umfassenderen Leistungen verlangen.

#### Beitragsanpassung

- (5) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der INTER z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die INTER jährlich für jeden Tarif
- a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.



- b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und 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 wird auch der für die Beitragsbegrenzungen

im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

- (6) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die INTER und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.
- (7) Anpassungen nach Absatz 5 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## § 9

### Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 4) haben auf Verlangen der INTER jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen der INTER ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die INTER von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

## § 10

### Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die INTER kann ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (3) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 11

### Aufrechnung

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen, gegen andere

Forderungen der INTER nur insoweit, als die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Ende der Versicherung

### § 12

#### Versicherungsjahr / Vertragsdauer

- (1) Das Versicherungsjahr umfasst zwölf Monate. Es ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Vertragsbeginn).
- Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (2) Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre, sofern der Tarif (AVB Teil II) nichts anderes vorsieht. Danach verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe §§ 13 und 14).

### § 13

#### Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer nach § 12 Abs. 2.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankheitskostenversicherung sowie eine für diese Versicherung bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer der INTER den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem die INTER 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 der INTER der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu.
- Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.
- Der Versicherungsnehmer hat innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz erweiternde Zusatzversicherung zu beantragen. Soweit der Leistungsumfang der Zusatzversicherung - auch in Teilbereichen - nicht höher oder umfassender als der der zuvor bestehenden Vollversicherung ist, wird die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten vorgenommen.
- Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.
- (4) Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Vereinbarung im Versicherungsvertrag, nach der bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Alter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen.
- (5) Erhöht die INTER die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, 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) Erklärt die INTER die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung wird bei Anfechtung oder Rücktritt zum Ende des Monats wirksam, in dem ihm die Erklärung der INTER zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- Ein Kündigungsrecht besteht auch, wenn die INTER aufgrund einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht rückwirkend einen Leistungsausschluss verlangt oder einen Risikozuschlag erhebt, durch den der Beitrag um mehr als 10 % steigt. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung der INTER ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, können die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Wirksamwerden der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (8) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5, 6 und 7 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 Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.
- (9) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen der INTER nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.
- (10) 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. Der Antrag auf diese Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung gestellt werden.
- (11) Kündigt der Versicherungsnehmer eine Krankheitskostenvollversicherung und schließt gleichzeitig bei einem anderen Krankenversicherer eine neue Versicherung ab, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, kann er verlangen, dass die INTER die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.  
Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann die INTER den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

**§ 14**

**Kündigung durch die INTER**

- (1) Das ordentliche Kündigungsrecht der INTER ist ausgeschlossen.
- (2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist die INTER zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück.  
Solange eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht, ist eine Kündigung durch die INTER ausgeschlossen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

**§ 15**

**Sonstige Beendigungsgründe**

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.  
Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang), hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz zu verlangen, bei dem die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Das Versicherungsverhältnis

nis wird bis zum Zeitpunkt der Umstellung in den bisherigen Tarifen fortgesetzt. Ist bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit kein solcher Umstellungsantrag bei der INTER eingegangen, ist die INTER berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit Wirkung zum Ersten des folgenden Monats in Tarife ihrer Wahl umzustellen, die der

Pflicht zur Versicherung genügen; hierbei gilt § 1 Abs. 4 Satz 2 bis 4 entsprechend. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt sein Recht auf Tarifwechsel nach § 1 Abs. 4 wahrnehmen oder unter den Voraussetzungen von § 13 Abs. 8 kündigen.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16

#### Ansprüche gegen Dritte

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit die INTER den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) 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.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, der INTER ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 schriftlich abzutreten.

### § 17

#### Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER müssen in Textform erfolgen, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

### § 18

#### Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

### § 19

#### 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 die INTER 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

tigung 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.

## **§ 20**

### **Wechsel in den Basistarif**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags, die die in § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, aus einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen

wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.