

Private Krankenzusatzversicherung

## Einzelversicherung

Krankheitskosten- und  
Krankenhaustagegeldversicherung  
Tarife GE, GEP, GES, ZEG, ZAS, AC, GZ, KH und KB  
Krankentagegeldversicherung  
Serviceprodukt Best Care  
Pflegezusatzversicherung Tarif PZ

Stand 1.1.2009

Ein Unternehmen der **ERGO** Versicherungsgruppe.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>I Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung</b>	<b>3</b>
Teil 1: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)	3
Teil 2: Tarifbedingungen	3
Teil 3: Versicherungsschutz für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen	
Tarife GE, GEP, GES, ZEG, ZAS, AC und GZ	9
Krankenhaus- und Kurtagegeldtarife	
Tarife KH und KB	13
Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes GE für zahntechnische Leistungen	14
<b>II Krankentagegeldversicherung</b>	<b>15</b>
Teil 1: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)	15
Teil 2: Tarifbedingungen	15
Teil 3: Tarif TG für Angestellte und Selbstständige	20
Tarif FT für freiberuflich Tätige	20
<b>III Serviceprodukt Best Care</b>	<b>21</b>
<b>IV Pflegezusatzversicherung Tarif PZ</b>	<b>26</b>
AVB/PZ 2008	26
Tarif PZ	29
<b>V Anhang</b>	<b>30</b>

# I Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

## Teil 1: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)

### Teil 2: 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.
- (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.
- (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.
- (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.
- (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 ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

- (7) Abweichend von Absatz 4 Satz 3 besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate, wenn der Vertrag nach den für den Versicherungsschutz infrage kommenden Tarifen bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bereits 12 Monate besteht. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 3 Monate.
- (8) Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung schwerer Erkrankungen, wie z. B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankung und Tuberkulose, ohne Altersbegrenzung.

##### § 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 erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Abweichend von Abs. 2 Satz 2 kann in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung die Tarifstufe (Selbstbehaltstufe) frei gewählt werden.
- (5) Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

##### § 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 (siehe 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.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (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.
- (7) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.
- (8) Sämtliche Wartezeiten – außer für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung – können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen untersuchen lassen. Gehen die ärztlichen Untersuchungsbefunde auf den vorgeschriebenen Formularen nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
- (9) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine beihilfeberechtigte versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.
- (10) Abweichend von Abs. 6 verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb eines Tarifs oder bei Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten.

#### § 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.
- (2a) Ferner dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.
- (2b) Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 bzw. 2 a erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (3a) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Abs. 2b) genannten Behandlern verordnet werden.
- (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.
- (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.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Tarife für ambulante Heilbehandlung  
Erstattungsfähig sind die Kosten für
- a) Beratungen, Besuche einschl. Wegegebühren, ärztliche Sonderleistungen, Operationen, Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie, Leistungen einer freiberuflichen Hebamme bei ambulanter Entbindung sowie medizinisch notwendige Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern werden Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, physikalisch-therapeutische Anwendungen und Röntgendiagnostik erstattet.
- b) Arznei- und Verbandmittel  
Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende Regenerations- und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
- c) Heil- und Hilfsmittel  
Als Heilmittel gelten ärztlich verordnete medizinische und elektrische Bäder, Massagen, Inhalationen, Bestrahlungen und sonstige therapeutische Anwendungen des elektrischen Stroms. Unter Hilfsmittel fallen ärztlich verordnete Brillengläser, Brillengestelle in einfacher Ausführung, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Bandagen, Gummistrümpfe und Einlagen. Große Hilfsmittel (Prothesen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Krankenstühle u.ä.) werden alle drei Jahre erstattet.
- d) Psychotherapie bis zu 20 Sitzungen im Versicherungsjahr.
- (8) Tarife für stationäre Heilbehandlung  
Erstattungsfähig sind die Kosten für
- a) allgemeine Krankenhausleistungen  
Dazu zählen u. a. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte (§ 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. §§ 2 Abs. 2, 7 ff. Krankenhausentgeltgesetz) bzw. Pflegesätze (§ 2 Abs. 2 i.V.m. § 10 Bundespflegesatzverordnung), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme.
- b) Wahlleistungen (§ 17 Krankenhausentgeltgesetz bzw. § 22 Bundespflegesatzverordnung)  
Dazu zählen gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, gesondert berechenbare Leistungen und privatärztliche Behandlung.
- c) Unterscheidet eine Krankenanstalt nach Pflegeklassen, dann entspricht die 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse einem Zimmer mit drei oder mehr Betten.
- (9) Tarife für zahnärztliche Behandlung  
Erstattungsfähig sind die Kosten für
- a) Zahnbehandlung  
Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie vorbeugende Untersuchungen.
- b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung  
Als Zahnersatz gelten Prothesen sowie Brücken, Kronen und Stiftzähne.



#### (10) Tarif für Kurbehandlung

Für ärztlich verordnete Kuren wird ein Kurtagegeld gezahlt. Die medizinische Notwendigkeit der Kur ist durch ein ärztliches Gutachten vor Beginn der Kur nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.

#### (11) Tarife für Krankenhaustagegeld und Unfall-Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld wird gezahlt

- für Krankheiten und Unfälle sowie Entbindungen;
- bei Behandlung in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag.
- Unfall-Krankenhaustagegeld wird gezahlt bei stationärer Behandlung wegen Unfall. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten nicht Berufs- und Gewerbekrankheiten, Erkrankungen infolge psychischer Einwirkungen sowie Infektionskrankheiten.

Abs. 11 Buchstabe b gilt entsprechend.

- Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt.

#### (12) a) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf. Als Verwendungsart der Überschüsse der nach diesen Bedingungen gültigen Tarife kommt insbesondere die Beitragssenkung in Betracht; die hierfür vorgesehenen Mittel werden den Versicherten jährlich gutgeschrieben und spätestens nach drei Jahren zur Beitragsenkung verwendet.

Daneben kann als Form der Beitragsrückerstattung auch gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsanteilen, Leistungserhöhung, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

- Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.
- Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.
- Die Voraussetzungen für die Beitragssenkung oder Auszahlung sowie Gutschrift von Beitragsanteilen werden vom Vorstand festgelegt.

#### (13) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftplanmäßig eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe des Geschäftsplans jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

#### (14) Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 3 Monate (91 Tage), so wird der Versicherte von der Beitragszahlung für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt freigestellt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.
- Die von der Beitragsfreistellung betroffenen Tarife müssen mindestens während der letzten 12 Monate mit voller Beitragspflicht bestanden haben. Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife sind von der Beitragsfreistellung ausgeschlossen. Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen gewährt.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

#### (1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegs-

ereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer 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;
  - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - 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;
  - 
  - für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- 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.
  - 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.
  - Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

(5) Abweichend von § 5 (1) e) besteht auch Versicherungsschutz für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 [1] d)).

(6) Es werden solche Kosten erstattet, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte entsprechen.

#### (7) Ergänzung zu Absatz 4:

Etwaige Beihilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Gesamterstattung berücksichtigt.

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- 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
- Die in einer ausländischen Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage von Originalrechnungen oder von Rechnungszweitschriften mit dem Erstattungsvermerk einer gesetzlichen Krankenkasse grundsätzlich in Euro. Die Belege müssen den Namen des Heilbehandlers und der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten; sie müssen außerdem nach Datum und Einzelleistung aufgliedert sein. Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist außerdem durch eine ärztliche Bescheinigung des im Ausland behandelnden Arztes, der die Notwendigkeit des Krankentransports zu entnehmen ist, zu begründen.
- (8) Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses, in welcher der Name der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.
- (9) Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6) insoweit nicht.
- (10) Ergänzung zu § 6 Abs. 4: Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif Anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und 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 – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.
- Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Breibereitungs-kosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.
- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (10) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.
- (11) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.
- (12) Für Kinder ist ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgt, der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
- (13) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die Gesellschaft je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben den Ersatz von Postgebühren verlangen.

(14) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

#### §8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend 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 Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, 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.
- (4) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

#### § 9 Obliegenheiten

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

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

#### § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und 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 Hilffürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

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

### § 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 Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

### § 17 Gerichtsstand

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



oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

### § 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit 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 gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

### § 20 Wechsel in den Basistarif

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

## Teil 3: Versicherungsschutz für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen

### GE Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

#### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

#### (2) Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 Buchst. c AVB) und für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) in Deutschland werden wie folgt erstattet:
  - aa) Heilmittel: 80% der Restkosten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Ohne Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Erstattungsanspruch.
  - bb) Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen):
    - Personen mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Nach Vorleistung der GKV werden 80% der Restkosten, max. bis zu einem Höchstbetrag von 190 EUR pro Jahr, erstattet.
    - Personen ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Die Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 80%, max. bis zu einem Höchstbetrag von 190 EUR pro Jahr, erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben erst, wenn eine Veränderung der Sehschärfe von wenigstens 0,5 Dioptrien auf einem Auge eingetreten ist.
  - cc) Zahnersatz: 20% des Rechnungsbetrages, einschl. der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, höchstens 90% des Rechnungsbetrages. Kein Erstattungsanspruch besteht bei implantologischen Leistungen. Wird bei Zahnersatz keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erbracht oder wird der Versicherte privat-zahnärztlich behandelt, gilt folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

    - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen,
    - vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,
    - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, soweit abweichend von § 5 Abs. 6 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen),
    - zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 20% erstattet.

- b) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis zu 3 Monaten Dauer (abweichend von § 1 Abs. 4 und 7 AVB) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:
- ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 4 Abs. 7a) AVB einschließlich der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz. Nicht erstattungsfähig sind jedoch Vorsorgeuntersuchungen, Psychotherapie, Inanspruchnahme von Heilpraktikern sowie Untersuchungen und Behandlungen bei normal verlaufender Schwangerschaft und Entbindung;
  - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel gemäß § 4 Abs. 7b) AVB;
  - ärztlich verordnete Heilmittel gemäß § 4 Abs. 7c) AVB zu 80 %;
  - aufgrund eines Unfalls ärztlich verordnete Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 7c) AVB in einfacher Ausführung, wenn sie im Ausland aus medizinischen Gründen angeschafft werden müssen, zu 80 %; Brillen und Kontaktlinsen einschließlich notwendig gewordener Reparaturen jedoch nur im Rahmen der unter Abs. 2a) genannten Höchstgrenze;
  - stationäre Heilbehandlung entsprechend § 4 Abs. 8 AVB;
  - im Ausland akut notwendige Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 9a) AVB in einfacher Ausführung, nicht aber für vorbeugende Untersuchungen sowie nicht für Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierungen (§ 4 Abs. 9b)); im Ausland notwendig gewordene Reparaturen von Zahnersatz in einfacher Ausführung werden erstattet;
  - die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransports in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht mehr gewährleistet werden kann; es muss das kostengünstigste Transportmittel gewählt werden;
  - Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen, wahlweise Überführungskosten an den Wohnort, höchstens jedoch 6.000 EUR.

Besteht Anspruch auf Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung, sind diese vorher in Anspruch zu nehmen.

Entsprechendes gilt bei Leistungsanspruch gegen den Arbeitgeber bei einer Erkrankung während einer Beschäftigung im Ausland gemäß § 17 SGB Buch V. In diesen Fällen werden die oben genannten Leistungen auf die Restkosten erbracht.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den bereits eingetretenen Versicherungsfall solange bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Versichert sind grundsätzlich im Ausland akut auftretende Krankheiten oder Unfälle. Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, sind nicht mitversichert, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Versichert sind aber im Ausland eintretende erhebliche Verschlimmerungen bestehender Erkrankungen, welche die Reisefähigkeit bei Reiseantritt nicht beeinträchtigt haben.

Reisen, die ausschließlich oder teilweise zum Zweck der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Die Leistungspflicht endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Für Leistungen bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen sämtliche Wartezeiten (abweichend von § 3 Abs. 2 und 3 AVB).

### (3) Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GE wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

## GEP Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Victoria Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

### (2) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 Buchst. c AVB) werden wie folgt erstattet:  
Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen):

- Personen mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Nach Vorleistung der GKV werden 10% der Restkosten, max. bis zu einem Höchstbetrag von 65 EUR pro Jahr, erstattet.
- Personen ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Die Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 10%, max. bis zu einem Höchstbetrag von 65 EUR pro Jahr, erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben erst, wenn eine Veränderung der Sehschärfe von wenigstens 0,5 Dioptrien auf einem Auge eingetreten ist.

b) Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse wie folgt erstattet:  
Zahnersatz: 10% des Rechnungsbetrages nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Kein Erstattungsanspruch besteht bei implantologischen Leistungen.

Wird bei Zahnersatz keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erbracht oder wird der Versicherte privat-zahnärztlich behandelt, gilt Folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen,
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit abweichend von § 5 Abs. 6 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen),

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 10 % erstattet.

- c) Bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind abweichend von § 4 Abs. 7 Buchst. a alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebüH 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig, ebenfalls die von Heilpraktikern verschriebenen Arzneimittel.  
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70 %, höchstens 620 EUR pro Jahr, erstattet.

### (3) Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GEP wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

## GES Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Victoria Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

### (2) Leistungsumfang

#### a) Erstattungsfähig sind

- aa) die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für
- ambulante Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten (Praxisgebühr)
  - Arzneimittel, die von der GKV erstattet werden
  - Hilfsmittel mit Ausnahme von Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
  - stationäre Behandlungen. Dazu gehören Krankenhausbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgekuren, Eltern-Kind-Kuren.

bb) Arzneimittel, die ärztlich verordnet, aber nicht von der GKV erstattet werden.

- b) Die erstattungsfähigen Zuzahlungen müssen durch Quittungen und die erstattungsfähigen Arzneimittel durch ärztliche Rezepte, die mit Apothekenstempel versehen sind, nachgewiesen werden.

Werden alle Quittungen und Rezepte, die in einem Versicherungsjahr anfallen, mit einem Erstattungsantrag eingereicht, werden die erstattungsfähigen Zuzahlungen und Arzneimittel zu 90 % erstattet.

Werden die Quittungen und Rezepte, die in einem Versicherungsjahr anfallen, mit mehreren Erstattungsanträgen eingereicht, werden die erstattungsfähigen Zuzahlungen und Arzneimittel aus dem ersten Erstattungsantrag zu 90 %, die übrigen zu 70 % erstattet.

Der Gesamterstattungsbetrag eines Versicherungsjahres ist auf 400 EUR begrenzt.

- c) Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Beginnt die Versicherung nicht am 1.1. eines Jahres, fängt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt an und endet am 31.12. desselben Jahres.

Die erstattungsfähigen Zuzahlungen und Arzneimittel werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die Zuzahlungen geleistet und die Arzneimittel aus der Apotheke bezogen werden.

## ZEG Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland mit Versicherungsschutz für die Versorgung mit Zahnersatz versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Victoria Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall des Versicherungsschutzes für die Versorgung mit Zahnersatz bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

### (2) Leistungsumfang

- a) Nach diesem Tarif werden Leistungen für die zahnärztliche Versorgung in Deutschland mit Zahnersatz, Implantaten und Inlays erbracht. Die Leistungen der GKV werden von dem ermittelten Erstattungsbetrag abgezogen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer zahnärztlichen Behandlung für

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen, Stiftzähne – auch als Suprakonstruktionen),
- Inlays,
- Implantologische Leistungen.

Bei implantologischen Leistungen ist die Erstattungsfähigkeit auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate begrenzt. Der erstattungsfähige Betrag pro einzelner implantologischer Leistung (zahnärztliche und zahntechnische Leistung) ist auf max. 1.000 EUR begrenzt.

Der erstattungsfähige Betrag pro Inlay (zahnärztliche und zahntechnische Leistung) ist auf max. 400 EUR begrenzt.

- b) Die zahnärztlichen Leistungen, die nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden, sind bis zu den darin festgelegten Regelhöchstbeträgen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen) erstattungsfähig.

Die zahntechnischen Leistungen für Zahnersatz sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifes GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

- c) Kein Erstattungsanspruch besteht für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendungen bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

- d) Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Implantate und Inlays werden zu 65 % erstattet.

Von diesem ermittelten Betrag wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Der sich danach ergebende Betrag ist der Erstattungsbetrag.

Die von allen Kostenträgern zu erbringenden Leistungen dürfen insgesamt 100 % der dem Grunde nach erstattungsfähigen Leistungen nicht übersteigen.

- e) Bei Zahnersatzmaßnahmen oder bei Inlaybehandlungen mit einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von über 2.000 EUR ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.



## ZAS Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für privat Zahnärztliche Versorgung

### Präambel

Der Tarif ZAS soll gesetzlich Versicherten neben ihren GKV-Sachleistungen den Zugang zu höherwertigen privat Zahnärztlichen Behandlungen beim Zahnarzt verschaffen.

Nach Tarif ZAS werden die Aufwendungen erstattet, die entstehen, wenn im Rahmen einer kassenzahnärztlichen Behandlung mit einem Zahnarzt über die GKV-Leistungen hinaus eine privat Zahnärztliche Vereinbarung über Mehrleistungen getroffen wird. Nicht versichert sind nach Tarif ZAS reine privat Zahnärztliche Behandlungen, d. h. Behandlungen, bei denen auf den GKV-Status verzichtet und für die gesamte Behandlung ein privater Behandlungsvertrag abgeschlossen wird.

### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die auf Grund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland mit Versicherungsschutz für die Versorgung mit Zahnersatz versichert sind und keine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V vereinbart wird.

Bei Wegfall des Versicherungsschutzes für die Versorgung mit Zahnersatz bei dem Träger der GKV oder bei Vereinbarung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

### (2) Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind folgende ausschließlichen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahntechnik, die nach Umfang oder Qualität über die vertrags Zahnärztliche Versorgung und die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 SGB V hinausgehen:

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
  - Professionelle Zahnreinigung
  - Zahnbehandlung
    - Dazu gehören:
      - Kosten für endodontologische Leistungen einschließlich Wurzelspitzenresektionen, für die die GKV keine Leistungen erbringt
      - Parodontosebehandlungen, für die die GKV keine Leistungen erbringt
      - Mehrkosten für aufwändige Füllungen (dazu zählen auch Inlays/Einlagefüllungen einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten) nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ff. SGB V, für die eine Mehrkostenvereinbarung getroffen worden ist.
  - Nicht versichert sind Leistungen für Kieferorthopädie.
  - Zahnersatz nach § 55 SGB V unter Berücksichtigung der Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 SGB V.
    - Zum Zahnersatz zählen auch Zahnkronen, Implantate einschließlich Suprakonstruktionen, implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; außerdem alle dafür erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen sowie Material- und Laborkosten.

Wird die Behandlung im europäischen Ausland durchgeführt, ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären.

- b) Die zahnärztlichen Leistungen, die nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden, sind bis zu dem darin festgelegten Höchstsatz (3,5-facher Satz für persönliche Leistungen, 2,5-facher bzw. 1,3-facher Satz für sogenannte medizinisch-technische Leistungen) erstattungsfähig.

Professionelle Zahnreinigung wird jährlich mit maximal 240 EUR erstattet. Beginnt das 1. Versicherungsjahr nach dem 1. 6. eines Jahres, werden nur 120 EUR übernommen.

Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung werden zu

50%

erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf

100%

wenn in den letzten drei Jahren regelmäßig zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen wurde.

Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz werden zu

40%

erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf

80%

wenn in den letzten drei Jahren regelmäßig zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen wurde.

Bei Implantaten und implantologischen Leistungen ist die Erstattungsfähigkeit auf maximal acht Implantate im Oberkiefer und sechs Implantate im Unterkiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate begrenzt.

Von den ermittelten Beträgen für Zahnbehandlung und Zahnersatz wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Der sich danach ergebende Betrag ist der Erstattungsbetrag.

Diese Erstattungsbeträge für Zahnersatz sind in den ersten zwei Versicherungsjahren auf jeweils 1.000 EUR begrenzt.

In der Folgezeit sind die erstattungsfähigen Beträge für jeweils fünf folgende Jahre auf 30.000 EUR begrenzt. Von diesen erstattungsfähigen Beträgen werden die Vorleistungen der GKV abgezogen.

Jede eingereichte Rechnung muss den Nachweis der GKV-Leistung enthalten oder den Nachweis, dass keine GKV-Leistung erbracht wird.

Die von allen Kostenträgern zu erbringenden Leistungen dürfen insgesamt 100% der dem Grunde nach erstattungsfähigen Leistungen nicht übersteigen.

Bei allen Zahnersatzmaßnahmen mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erbracht.



## **AC Tarif für ambulante Heilbehandlung/ zahnärztliche Behandlung**

### **(1) Leistungsumfang**

- a) Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100 % erstattet (siehe hierzu auch § 5 [6] AVB).  
Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, so werden 30 % des Rechnungsbetrages erstattet.  
Abweichend von dieser Regelung werden auch ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet.  
Für Brillengestelle ist die Erstattung auf max. 64 EUR begrenzt.
- b) Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) werden zu 50 % erstattet. In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt 1.600 EUR erstattet.  
Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, so werden 20 % des Rechnungsbetrages erstattet.

## **GZ Tarif für stationäre Heilbehandlung**

### **(1) Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der GKV versichert sind.

### **(2) Leistungsumfang**

- a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100 % erstattet (siehe hierzu auch § 5 [6] AVB), und zwar nach  
Tarifstufe GZ 1: Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung  
Tarifstufe GZ 2: Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.  
Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von  
25 EUR für Tarifstufe GZ 1 und von  
20 EUR für Tarifstufe GZ 2  
gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt.  
Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).
- b) Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Abs. 8 Buchst. a AVB erstattungsfähige Aufwendungen, werden diese ebenfalls zu 100 % erstattet.  
Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen.  
Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach (2) a) infrage.
- c) Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die vom Versicherten kraft Gesetzes zu übernehmenden Zuzahlungen.

## **Krankenhaus- und Kurtagegeldtarife KH Krankenhaustagegeldtarif**

### **(1) Leistungsumfang**

Das Krankenhaustagegeld beträgt 5 EUR und kann in Vielfachen davon abgeschlossen werden. Der Leistungsumfang ergibt sich aus § 4 Abs. 11 AVB.  
Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

## **KB Tarif für Kurbehandlung**

### **(1) Leistungsumfang**

- a) Es wird ein Kurtagegeld für die Dauer einer ärztlich verordneten Kur (§ 4 Abs. 10 AVB) zur Verfügung gestellt, höchstens jedoch für 28 Tage innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Das Kurtagegeld kann in Vielfachen von 5 EUR abgeschlossen werden, höchstens jedoch 100 EUR je Tag.
- b) Das versicherte Kurtagegeld wird in voller Höhe bei Unterbringung in unter ständiger Aufsicht stehenden Krankenanstalten, Sanatorien, Kurheimen, Kuranstalten oder Heilstätten gegen Unterbringungsnachweis gezahlt.
- c) Bei einer sonstigen Kur ohne Unterbringungsnachweis wird das versicherte Kurtagegeld zur Hälfte gezahlt.

**Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes GE  
für zahntechnische Leistungen**

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR		
001	Modell	5,42	210
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/ Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	15,50	211
003	Set-up	8,23	212
005	Sägmodell/Einzelstumpfmodell/ Modell nach Überabdruck/ Set-up-Modell/ Fräsmodell	8,98	301
007	Zahnkranz sockeln	5,23	302
011	Modellpaar trimmen/Fixator	7,89	303
012	Einstellen in den Mittelwertartikulator	8,07	341
013	Modellpaar sockeln	20,19	361
020	Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme	9,42	362
021	Individueller Löffel/Funktionslöffel/ Basis für Basisregistrierung/ Basis für Aufstellung/ Basis für Stützstiftregistrierung	19,41	380
022	Bisswall	5,50	381
023	Registrierplatte und -stift auf Basen	26,24	382.1
024	Übertragungskappe	22,20	382.2
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,59	383
032	Formteil	18,80	384
101	Wurzelstiftkappe	61,54	801
102	Vollkrone Metall/Teilkrone/ Flügel für Adhäsivbrücke/ Krone für vestibuläre Verblendung	67,27	802
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	13,45	803
104	Modellation gießen	20,18	804
105	Stiftaufbau	44,94	806
110	Brückenglied	47,87	807
120	Teleskopierende Krone (nur im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese)	209,11	808
120.1	Teleskop Primär- oder Sekundärkrone	141,50	809
130	Steg	84,51	810
131	Steglasche/Stegreiter	48,37	811
132	Steggeschiebe individuell	98,73	813
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	186,04	820
133.5	Primär-/Sekundärteil indiv. Geschiebe (s. o.)	126,43	933
134	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Anker/ Kugelknopfanker	98,83	970
134.5	Primär-/Sekundärteil konf. Geschiebe	62,55	971
134.7	Primär-/Sekundärteil Anker	62,55	
134.9	Wiederbefestigen Sekundärteil	62,55	
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube einarbeiten	42,00	
136	Gefrästes Lager	53,82	
137	Schubverteilungsarm	54,49	
150	Metallverbindung nach Brand	24,90	
155	Konditionierung je Zahn/Flügel	12,11	
160	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	40,36	
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	16,08	
162	Vestibuläre Verblendung aus Keramik	78,59	
163	Zahnfleisch aus Keramik	39,45	
164	Vestibuläre Verblendung Komposite	57,18	
165	Zahnfleisch aus Komposite	17,49	
201	Metallbasis	112,34	
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/ fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/ Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	11,64	
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/ Ringklammer/Rücklaufklammer/Bonyhardklammer/ Gegenlager/Doppelbogenklammer	18,18	
204	zweiarmige Klammer, Auflage/ Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	22,86	
205	Bonwillklammer	39,82	
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	37,67	
			11,91
			16,31
			20,68
			32,28
			1,71
			2,69
			1,88
			44,89
			2,97
			9,41
			14,89
			54,48
			52,05
			22,43
			13,45
			16,22
			7,02
			41,71
			51,13
			63,91
			21,53
			32,25
			48,12
			59,11
			59,11
			13,50
			33,47
			6,23
			10,23
			25,16

## II Krankentagegeldversicherung

### Teil 1: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)

#### Teil 2: Tarifbedingungen

#### Der Versicherungsschutz

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

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) 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.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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) Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

##### § 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
  - (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
  - (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
  - (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
  - (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 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.
- (7) Unter den in Abs. 5 genannten Voraussetzungen entstehen auch für den Teil des Krankentagegeldes, der die Höhe des bisherigen Krankengeldes übersteigt, keine Wartezeiten.
  - (8) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen untersuchen lassen. Gehen die ärztlichen Untersuchungsbefunde auf den vorgeschriebenen Formularen nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
  - (9) Für Personen, die aus einer anderen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird auf die Einhaltung der Wartezeiten verzichtet, wenn
    - a) die Versicherung in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt,
    - b) die Vorversicherungszeit in der Krankentagegeldversicherung ununterbrochen mindestens 8 Monate betragen hat,
    - c) bei der Victoria Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

##### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeit-

punkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (6a) Es können auch nicht niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte gewählt werden, die die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (10) a) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet. Diese Rückstellung darf nur zugunsten der Versicherten verwendet werden. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
  - b) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.
  - c) Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.
  - d) Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

(11) Hinsichtlich der Karenzzeit gilt für Arbeitnehmer Folgendes:  
Erkrankt der Arbeitnehmer innerhalb eines halben Jahres mehrmals an derselben Krankheit, so werden die einzelnen Krankheitsdauern zur Ermittlung der Karenzzeit zusammengezählt.

- (12) a) Die Gesellschaft bietet allen Versicherungsnehmern mit einem Krankentagegeld ab 25 EUR mindestens alle zwei Jahre eine Anpassung des versicherten Krankentagegeldes entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung an; als Maßstab dient die prozentuale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Nettoeinkommen der versicherten Person (vgl. § 4 Abs. 2) darf dabei nicht überschritten werden.
- b) Die Anpassung kommt zustande, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch Rücksendung eines ihm durch die Gesellschaft übersandten Formulars annimmt. Dem Formular sind die Frist, innerhalb derer das Angebot angenommen werden muss, die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, und der Beginn der erhöhten Leistung zu entnehmen. Die Anpassung erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden mit angepasst.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
  - a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
  - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
  - e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
  - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
  - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

### (3) Für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gilt Folgendes:

- Nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Versicherer schriftlich aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.
- (4) Als Entziehungsmaßnahmen nach § 5 (1) b) gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.
  - (5) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) c) entfällt.
  - (6) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) d) gilt nur während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote; außerhalb dieses Zeitraums wird Krankentagegeld in tariflichem Umfang gezahlt. Für Selbstständige gelten die Fristen der gesetzlichen Beschäftigungsverbote entsprechend.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe 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) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.



- (6) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist der Gesellschaft durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) auf dem dafür vorgesehenen Vordruck unverzüglich anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist der Gesellschaft wöchentlich nachzuweisen, sofern der Nachweis nicht in längeren Zeitabständen verlangt wird.
- (7) Das Krankentagegeld wird nachschüssig nach Eingang der ärztlichen Bescheinigung bis zum Ausstellungsdatum, längstens jedoch bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

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

- (10) Die Gesellschaft kann je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben den Ersatz von Postgebühren verlangen.
- (11) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

### § 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend 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 häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten 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 Vohundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (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 evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (4) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

### § 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vor-

gesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (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 für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung 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 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

#### § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

#### § 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 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 krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung 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 Krankentagegeldversicherung

oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Krankentagegeldversicherungen, die während der Dauer eines Versicherungsverhältnisses beginnen oder bei Erhöhungen des Krankentagegeldes oder bei Verkürzung der Karenzzeiten.

(6) Die Gesellschaft verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, wenn

- a) bei ihr eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (ambulante und stationäre Heilbehandlung) oder
- b) eine Vorversicherung nach § 3 (5) angerechnet wird, und zwar beschränkt auf den Umfang des bisherigen Krankengeldanspruchs.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
  - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
  - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare

Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
  - d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
  - e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in Ergänzung zu § 15 (1) c) mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

(4) Wird ein versicherter Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Dreimonatsfrist des § 15 (1) a) auf 6 Monate. § 15 (1) b) bleibt hiervon unberührt.

(5) In Ergänzung zu (1) a) und b) gilt:

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

### § 17 Gerichtsstand

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

### Teil 3: Tarif TG für Angestellte und Selbstständige

#### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die einen Beruf als Selbstständige oder eine freiberufliche Tätigkeit (§ 18 [1] Nr. 1 Einkommensteuergesetz – siehe Anhang) ausüben und aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte haben. In Tarifen mit mindestens 42 Tagen Karenzzeit (Ausnahme Tarif TG 042) sind außerdem Personen versicherungsfähig, die als Arbeitnehmer regelmäßig Einkommen aus einem festen Arbeitsverhältnis beziehen.

#### 2. Leistungsumfang

2.1 Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit, sie beträgt nach

TG 07, TG 7	7 Tage
TG 014, TG 14	14 Tage
TG 021, TG 21	21 Tage
TG 028, TG 28	28 Tage
TG 042, TG 42	42 Tage
TG 91	91 Tage
TG 182	182 Tage
TG 364	364 Tage

ab Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit. Bei rückwirkender ärztlicher Festlegung der Arbeitsunfähigkeit beginnt die Karenzzeit mit dem Tage der Feststellung.

In den Tarifen TG 07, TG 014, TG 021, TG 028 und TG 042 wird das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung auch während der Karenzzeit gezahlt.

2.2 Das Krankentagegeld wird für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit – auch für Sonn- und Feiertage – ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

2.3 Für Arbeitnehmer gilt Folgendes: Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die die Victoria Krankenversicherung Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt die Victoria Krankenversicherung die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Der Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 91 Tage. Der Anspruch entfällt insoweit, als das Krankentagegeld zusammen mit dem vom Arbeitgeber gezahlten Gehalt das volle Arbeitseinkommen überschreitet.

2.4 Für Selbstständige gilt Folgendes: Besteht in unmittelbarem Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12-wöchiger Dauer, für die die Victoria Krankenversicherung Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt die Victoria Krankenversicherung die Hälfte des versicherten Tagegeldes. Der Anspruch besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens für 4 Wochen.

### Tarif FT für freiberuflich Tätige

#### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die eine freiberufliche Tätigkeit als Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Tierarzt, Rechtsanwalt, Notar, Patentanwalt, Ingenieur, Architekt, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter ausüben und aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte haben.

#### 2. Leistungsumfang

2.1 Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit. Sie beträgt nach

FT 01, FT 1	1 Woche
FT 02, FT 2	2 Wochen
FT 03, FT 3	3 Wochen
FT 04, FT 4	4 Wochen
FT 06, FT 6	6 Wochen

ab Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit.

Bei rückwirkender ärztlicher Festlegung der Arbeitsunfähigkeit beginnt die Karenzzeit mit dem Tage der Feststellung.

In den Tarifen FT 01, FT 02, FT 03, FT 04 und FT 06 wird das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung auch während der Karenzzeit gezahlt.

2.2 Das Krankentagegeld wird für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit – auch für Sonn- und Feiertage – ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

2.3 Besteht in unmittelbarem Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12-wöchiger Dauer, für die die Victoria Krankenversicherung Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt die Victoria Krankenversicherung die Hälfte des versicherten Tagegeldes. Der Anspruch besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 4 Wochen.



### III Serviceprodukt Best Care

#### Serviceversicherung zu Stationärтарifen der Victoria Krankenversicherung AG (vgl. § 5)

##### Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

im Folgenden erhalten Sie die Versicherungsbedingungen für die Serviceleistungen von Best Care zu Ihrem stationären Versicherungsschutz im Sinne von § 5 dieser Bedingungen.

Mit diesem Serviceprodukt soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der medizinische Behandlungserfolg auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik abhängt. Deshalb ist es wichtig, im Ernstfall nicht nur eine gute Absicherung bezüglich der Behandlungskosten zu haben, sondern auch schnellstmöglich Zugang zu renommierten und anerkannten Experten für das spezifische Krankheitsbild zu erhalten. Mit diesem Serviceprodukt decken wir diesen vorstehend skizzierten Bedarf bzgl. ausgewählter Diagnosen ab. Die Auswahl der Diagnosen erfolgte vor allem danach, bei welchen Erkrankungen die Qualifikation und die Erfahrung der Ärzte sowie die Wahl der eingesetzten Technologien eine besondere Bedeutung für den Behandlungserfolg und damit für Ihre Gesundheit haben. Wie Sie an den Diagnosen für Best Care bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres im Unterschied zu denen ab der Vollendung des 15. Lebensjahres sehen, kann dies je nach Alter verschieden sein, weil manche Erkrankungen schon hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens sehr altersspezifisch sind.

haben Sie Fragen zu Best Care? Sie erreichen uns unter:

Victoria Krankenversicherung AG  
Kundenservice Center  
Stichwort »Best Care«  
Victoriaplatz 2  
40198 Düsseldorf  
Oder:

- rufen Sie uns an: Kundenservice Center  
0211/4 77 44 44
- faxen Sie uns:  
0211/4 77 42 99
- senden Sie uns eine E-Mail: [leistung.kranken@victoria.de](mailto:leistung.kranken@victoria.de)  
und geben Sie auch dabei unbedingt das Stichwort »Best Care« an, damit wir Ihnen umgehend helfen können;
- werfen Sie einen Blick auf unsere Homepage:  
[www.victoria.de](http://www.victoria.de)

Selbstverständlich stehen wir Ihnen gerne unter den o. g. Adressen bzw. Nummern auch bezüglich sonstiger Fragen, z. B. zur Victoria oder anderen Produkten, zur Verfügung. In solchen Fällen müssen Sie das o. g. Stichwort natürlich nicht angeben.

##### § 1 Allgemeine Grundsätze zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
2. Best Care ist ein gegenüber dem zugrunde liegenden Krankenversicherungsschutz (vgl. § 5) insoweit unabhängiges Versicherungsverhältnis, als in den Fällen, in denen Best Care endet (vgl. § 9), dies kein Beendigungsrecht für die Krankenversicherung nach sich zieht. Vgl. aber § 9 Ziff. 5 a.
3. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

##### § 2 Wann liegt ein Versicherungsfall bzgl. Best Care vor, sodass die Leistungen nach § 3 in Anspruch genommen werden können?

1. Die Leistungen nach § 3 setzen voraus, dass ein Krankenversicherungsschutz nach § 5 besteht und eine Diagnose bzgl. einer der in der nachstehenden Tabelle (§ 2 Ziff. 3) aufgeführten Erkrankungen fachärztlich gesichert ist. Sofern eine Best Care-Erkrankung erst im Rahmen der ihr in der Tabelle nach § 2 Ziff. 3 zugeordneten Therapie sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht ausreichend.  
Weiterhin müssen die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien von dem entsprechenden Facharzt zumindest als mögliche Behandlungsalternativen bewertet worden sein.

Die in der Tabelle aufgeführten Therapien umfassen allerdings keine Transplantationen.

2. Der Nachweis bzgl. des Vorliegens der o. g. Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von ärztlichen Befunden zu erbringen, die mit dem nach außen deutlich sichtbaren **Stichwort »Best Care«** gekennzeichnet sind (bei Briefpost Stichwort bitte auf Umschlag und Arztbericht vermerken). Die Übermittlung hat in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail – siehe unbedingt § 13 Ziff. 2 b) zu erfolgen. Diese ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zunamen der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes. Diese Unterlagen werden unser Eigentum. Vgl. im Übrigen § 13.
3. Bei den Best Care-Diagnosen und -Therapieindikationen handelt es sich um Folgende:
  - a) Bis Vollendung des 15. Lebensjahres:
    1. **Diagnose:** Operationsbedürftige angeborene Fehlbildungen (z. B. Lippen- Kiefer-, Gaumenspalte, Herzfehler)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Kinderchirurgie
    2. **Diagnose:** Für das Kindesalter typische bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Knochenkrebs)  
**Mögliche Therapie:** Operation und/oder Chemotherapie  
**Fachrichtung:** Kinderchirurgie, Onkologie
    3. **Diagnose:** Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre onkologische Behandlung  
**Fachrichtung:** Hämato-Onkologie
    4. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige Drüsen- und Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsenunterfunktion, Mukoviszidose, insulinpflichtige Zuckerkrankheit)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung oder Operation  
**Fachrichtung:** Kinderchirurgie, Kinderendokrinologie
    5. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige Lungenerkrankungen (z. B. Asthma bronchiale)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung  
**Fachrichtung:** Kinderpulmologie
    6. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Krampfanfallleiden)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung  
**Fachrichtung:** Kinderneurologie
    7. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung oder Operation  
**Fachrichtung:** Kinderarzt, Kinderchirurgie
    8. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige Hauterkrankungen (z. B. schwere Formen von Neurodermitis)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung  
**Fachrichtung:** Kinderarzt
    9. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen der Knochen und Gelenke (chronisch rheumatische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen des Knorpels, z. B. Morbus Perthes)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung oder Operation  
**Fachrichtung:** Kinderarzt, Kinderorthopädie
    10. **Diagnose:** Stationär behandlungsbedürftige Folgen von Unfällen und Vergiftungen (z. B. Knochenfehlstellungen, Verätzungen der Speiseröhre)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre Behandlung oder Operation  
**Fachrichtung:** Kinderarzt, Kinderorthopädie, Kinderchirurgie

- b) Ab Vollendung des 15. Lebensjahres:
1. **Diagnose:** Koronare Herzkrankheit mit Indikation zur Bypass-Operation  
**Mögliche Therapie:** Bypass-Operation mittels Venen oder Arterien  
**Fachrichtung:** Herzchirurgie
  2. **Diagnose:** Operationsbedürftiger Herzklappenfehler (z. B. Aortenstenose, Mitralsuffizienz)  
**Mögliche Therapie:** Operativer Klappenersatz  
**Fachrichtung:** Herzchirurgie
  3. **Diagnose:** Operationsbedürftige Verengung der Hauptschlagader (z. B. Stenose der Arteria carotis interna)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Gefäßchirurgie
  4. **Diagnose:** Operationsbedürftige Erweiterung der Hauptschlagader (z. B. thorakales oder abdominales Aortenaneurysma)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie
  5. **Diagnose:** Bandscheibenvorfall (z. B. Nucleus pulposusprolaps der Hals- oder Lendenwirbelsäule)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Orthopädie/Neurochirurgie
  6. **Diagnose:** Kreuzbandriss des Kniegelenks  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Orthopädie
  7. **Diagnose:** Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)  
**Mögliche Therapie:** Stationäre onkologische Behandlung  
**Fachrichtung:** Internistische Hämato-Onkologie
  8. **Diagnose:** Bösartige Tumorerkrankungen der Brustdrüse (z. B. Mammakarzinom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Gynäkologie
  9. **Diagnose:** Bösartige Tumorerkrankungen des Brustraums (z. B. Bronchialkarzinom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Thoraxchirurgie
  10. **Diagnose:** Bösartige Tumorerkrankungen der Speiseröhre und des Magen-Darmtraktes (z. B. Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Viszeralchirurgie
  11. **Diagnose:** Bösartige Tumorerkrankungen der Nieren und der Harnwege (z. B. Nierenkarzinom, Blasenkarzinom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Urologie
  12. **Diagnose:** Bösartige Tumorerkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (z. B. Prostatakarzinom, Hodenkarzinom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Urologie
  13. **Diagnose:** Bösartige Tumorerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z. B. Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Gynäkologie
  14. **Diagnose:** Tumorerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (z. B. Meningeom, Glioblastom)  
**Mögliche Therapie:** Operation  
**Fachrichtung:** Neurochirurgie

Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der o.g. Diagnosen und/oder Therapien gemäß § 19 Ziff. 1 b angepasst werden.

4. Außerdem wird für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, nicht geleistet (vgl. auch § 10). Ein Versicherungsfall beginnt mit der ersten auf die Erkennung einer Best Care-Erkrankung (vgl. § 2 Ziff. 1) gerichteten ärztlichen Untersuchung.
5. Als Schnittstellenregelung für die beiden Diagnosetabellen aus § 2 Ziff. 3 gilt:
  - a) Wird ausnahmsweise vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach § 2 Ziff. 3 b aufgeführt ist, so können dennoch die Leistungen aus § 3 in Anspruch genommen werden. Werden solche Leistungen erbracht, entfällt jedoch das Kündigungsrecht nach § 7 Ziff. 4 bzgl. des Beitragsprunges von der Altersgruppe »bis 14 Jahre« in die Gruppe »ab 15 bis 49 Jahre«.
  - b) Wird nach Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach § 2 Ziff. 3 a aufgeführt ist, werden wir auf Wunsch zeitnah einen Experten benennen und mit diesem einen Termin vereinbaren. Ein Anspruch auf die Leistungen gemäß § 3 besteht jedoch nicht.

### § 3 Die Leistungen des Serviceproduktes Best Care im Versicherungsfall (§ 2)

Liegen die Voraussetzungen gemäß § 2 vor, gilt bzgl. der Leistungen aus Best Care Folgendes:

1. Organisation der Behandlung
  - a) Wir organisieren für Sie auf der Grundlage des Best Care zugrunde liegenden Krankenversicherungsschutzes (vgl. § 5) die Durchführung der in der Tabelle gemäß § 2 Ziff. 3 aufgeführten Operation durch einen Experten (vgl. § 3 Ziff. 4). Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in der endgültigen Festlegung der Therapie, ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde. Dabei wird zugesichert, dass
    - entweder die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
    - oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten
 innerhalb von fünf Werktagen außer Samstag erfolgt, nachdem die Victoria Krankenversicherung AG die erforderlichen Nachweise gemäß § 2 Ziff. 2 erhalten hat. Die Fünftagefrist beginnt an dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem die o. g. Nachweise der Victoria Krankenversicherung AG zugegangen sind. Sollten Sie nicht transportfähig sein, beginnt die Frist erst an dem Tag zu laufen, an dem Sie der Victoria Krankenversicherung AG die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen. Vgl. aber auch § 13. Auf Wunsch erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über den Fristbeginn und seine Berechnung.
  - b) Besteht die Expertenleistung gemäß § 3 Ziff. 1 a in einer Operation und ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann diese durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen ist die Verhinderung dann, wenn der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.
  - c) Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht aus Best Care kein Anspruch, dass nach der Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Best Care-Experten erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes (stationär, vgl. § 5, oder auch ambulant) ggf. auch von anderen Behandlern erbracht werden.
  - d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch die Victoria Krankenversicherung AG. Diese umfasst u. a. Informationen über die Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Ihren Wunsch übernehmen wir auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Gesetzliche Krankenversicherung/GKV) zuständig ist.

Dieser Anspruch besteht ggf. neben bzw. ergänzend zu den Serviceleistungen aus den zugrunde liegenden Krankenversicherungsstarifen.

2. **Aufwandspauschale**  
Liegen die Voraussetzungen des § 2 vor, besteht der Anspruch auf eine  
– Aufwandspauschale\* in Höhe von 500 EUR.  
Diese wird immer dann gezahlt, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalles nachgewiesen ist (vgl. § 2), unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen gemäß § 3 in Anspruch genommen werden. Zur Auszahlung vgl. § 14.
3. **Ersatzpauschale**  
Kann die Fünftagefrist gemäß § 3 Ziff. 1 a ausnahmsweise einmal nicht eingehalten werden, besteht hierfür Anspruch auf eine  
– Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR.  
Zur Auszahlung vgl. § 14.  
Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich die Leistungen aus § 3 Ziff. 1 a zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale gemäß § 3 Ziff. 3 besteht aber vor Ablauf der in § 3 Ziff. 6 genannten Fristen nicht.  
Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.
4. **Best Care-Experten**
  - a) Experten im Sinne dieses Produktes sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnose renommiert und anerkannt sind und sich bei uns als Best Care-Ärzte vertraglich verpflichtet haben.  
Uns steht es frei zu entscheiden, welche Experten wir als Best Care-Ärzte aufnehmen. Halten sich Experten nicht an die mit uns getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität), kann ihre Zugehörigkeit zu den Best Care-Ärzten entfallen. Dies beeinträchtigt aber in der Regel nicht die Möglichkeit, sich auch weiterhin von diesem Arzt behandeln zu lassen. Nur eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen von Best Care ist in diesem Fall nicht mehr möglich.
  - b) Zur Feststellung, ob die als Best Care-Ärzte infrage kommenden Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.
  - c) Aus Best Care zu erbringende Leistungen für Experten werden unmittelbar zwischen uns und jenen abgerechnet.
5. **Reise- und Transportkosten**  
Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten werden aus diesem Produkt nicht erstattet. Für derartige Aufwendungen kann die Aufwandspauschale gemäß § 3 Ziff. 2 u. a. verwendet werden.
6. **Inanspruchnahmeberechtigung pro Versicherungsfall**
  - a) Ein erneuter Anspruch auf Leistungen gemäß § 3 besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens 12 Monate nach Ablauf der Fünftagefrist i. S. des § 3 Ziff. 1 a, sofern auch die sonstigen Voraussetzungen (§ 2) erfüllt sind.  
Die Zwölfmonatsfrist gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles. Dieser liegt dann vor, wenn die Therapie auf eine Best Care-Erkrankung ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.
  - b) Bzgl. der Diagnose »Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)« gilt das unter § 3 Ziff. 6 a Gesagte entsprechend mit der Ausnahme, dass ab der Vollendung des 15. Lebensjahres anstelle des Zeitraumes von 12 Monaten einer von 36 Monaten tritt.

\* Diese Pauschale steht zur freien Verfügung. Sie kann ohne Kostennachweis insbesondere für Reise- und Transportkosten gemäß § 3 Ziff. 5 verwendet werden. GKV-Versicherte, die nur für stationäre Behandlungen einen ergänzenden privaten Krankenversicherungsschutz abgeschlossen haben, können diese Pauschale auch zur Bezahlung von Aufwendungen für eine etwaige prästationäre Sprechstunde verwenden, soweit ihre Krankenkasse diese Kosten nicht übernehmen sollte.

#### § 4 An welchem Ort werden die Expertenleistungen erbracht?

Durch die Auswahl der Experten (vgl. § 3 Ziff. 4 a) ergibt sich, wo die Leistungen gemäß § 3 Ziff. 1 a und b erbracht werden. Etwaige Wünsche Ihrerseits in Bezug auf eine mögliche Auswahl unter den Ihnen von uns genannten Experten/Orten der Leistungserbringung werden wir – soweit möglich – gerne berücksichtigen.

#### § 5 Wer ist nach Best Care versicherungsfähig?

Versicherungsfähig nach Best Care sind Personen, für die bei uns neben Best Care ein stationärer Krankenversicherungsschutz mit der Absicherung von Aufwendungen für  
– den Unterkunftszuschlag eines Ein- oder Zweibettzimmers und  
– wahl- und belegärztliche Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus besteht.

#### § 6 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz kostet monatlich:

Alter	Unabhängig vom Geschlecht
bis 14 Jahre	4,50 EUR
ab 15 bis 49 Jahre	12,00 EUR
ab 50 Jahre	17,00 EUR
2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (vgl. § 9 Ziff. 1).  
Beispiel: Sind Sie am 12.9. 1952 geboren und schließen am 1. 4. 2002 Best Care ab, zahlen Sie den für 50-Jährige geltenden Beitrag, obwohl Sie erst am 12.9. 2002 Ihren 50. Geburtstag feiern, also erst dann Ihr 50. Lebensjahr vollenden.
3. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 49. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Vgl. auch §§ 7 Ziff. 4, 9 Ziff. 5 c.

#### § 7 Kann sich der Beitrag nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Wir sind berechtigt, die nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Um diesen Beitragsänderungsgrund festzustellen, vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden.
2. Die geänderten Beiträge werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung folgt, wirksam.
3. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen. Kein Kündigungsrecht besteht bei Beitragssenkungen. Vgl. auch § 9 Ziff. 5 c.
4. Im Falle einer Beitragsänderung aufgrund steigenden Lebensalters gemäß § 6 Ziff. 3 können Sie das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach dieser Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht. Vgl. auch § 9 Ziff. 5 c.

#### § 8 Wie erfolgt die Beitragszahlung?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an (siehe § 9 Ziff. 1) berechnet. Der Beitrag darf aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.



Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der monatlichen Beitragsrate zu zahlen.

Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag.

Wird ein Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats. Bis zum Monatsersten gelten die Raten jeweils als gestundet.

Fällige Beiträge sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Wird der Beitrag im Lastschriftverfahren im Voraus gezahlt, geben wir einen Beitragsnachlass von:

- 3 % bei einer Vorauszahlung für 12 Monate,
- 2 % bei einer Vorauszahlung für 6 Monate.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – sofern nicht anders vereinbart – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns 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 von uns durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

2. Achtung: Wird der erste Beitrag oder werden spätere Beiträge nicht bzw. nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

3. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig, d. h. ihre Stundung wird aufgehoben, sodass auch hier dann die Regelung in § 8 Ziff. 2 gilt.

Die Raten gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

#### **§ 9 Wie lange dauert der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?**

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn Sie ihn nicht fristgemäß gemäß § 9 Ziff. 2 kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Vertragsdauer gemäß § 9 Ziff. 1, mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

Wir hingegen verzichten auf dieses ordentliche Kündigungsrecht.

3. Wir dürfen das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung beenden, wenn die Gesundheitsfragen nicht ordnungsgemäß beantwortet wurden (vgl. insoweit die entsprechenden Erklärungen in den Versicherungsanträgen). Soweit wir Rücktritt und/oder Anfechtung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen, können Sie den Restvertrag innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Rücktritts- bzw. Anfechtungserklärung rückwirkend zu dem Zeitpunkt, in dem unser Rücktritt bzw. unsere Anfechtung wirksam geworden ist, beenden. Vgl. auch § 9 Ziff. 6.

4. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns 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.

5. Sonstige Beendigungsgründe:

a) Das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care endet mit der Beendigung des zugrunde liegenden stationären Krankenversicherungsschutzes (vgl. § 5) für die jeweilige betroffene versicherte Person.

Wird der zugrunde liegende Krankenversicherungsschutz in eine Anwartschaft umgestellt, muss auch Best Care entsprechend umgestellt werden, ansonsten endet Best Care mit Beginn der Anwartschaft für den Krankenversicherungsschutz.

b) Das Versicherungsverhältnis endet auch im Falle Ihres Todes.

Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

c) Hinsichtlich der Beendigung durch Ihre Kündigung wegen einer Änderung der Beiträge oder der Versicherungsbedingungen verweisen wir auf § 7 Ziff. 3 und 4 sowie § 19 Ziff. 3. Vgl. auch § 9 Ziff. 6.

6. Wirksamkeit von Kündigungen und Recht zur Fortsetzung

a) Wenn Sie die Versicherung einer versicherten Person kündigen, ist diese Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person von der Kündigung Kenntnis erlangt hat.

b) Endet das Versicherungsverhältnis,

- weil Sie es insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen,
- aufgrund Ihres Todes (§ 9 Ziff. 5 b),

haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern die diesbezüglichen Voraussetzungen wie die Versicherungsfähigkeit gegeben sind. Eine solche Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Der Lauf dieser Frist beginnt ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

#### **§ 10 Ab wann können die Serviceleistungen in Anspruch genommen werden?**

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, vgl. § 9 Ziff. 1), jedoch nicht vor

- Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und
- Ablauf der Wartezeiten (siehe § 11).

Vgl. auch § 2 Ziff. 4.

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 nach Best Care versichert ist, Best Care zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang geöffnet ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

3. Der Geburt des 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.



### § 11 Wie lange ist die Wartezeit, bis die Leistungen erstmals in Anspruch genommen werden können?

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an (vgl. § 9 Ziff. 1). Sie beträgt drei Monate.
2. Die Wartezeit entfällt,
  - a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Begründung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die Wartezeit kann erlassen werden, wenn dies auf einem von uns bereitgestellten besonderen Vordruck beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird.
4. Personen, die aus einer GKV ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 10 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.

### § 12 Wann endet der Anspruch auf Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen aus Best Care endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Dies gilt auch dann, wenn eine Leistung gemäß § 3 vorher schon begonnen hat und noch nicht beendet ist.

### § 13 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

1. Folgende Obliegenheiten sind zu beachten:
  - a) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 14 Ziff. 2) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
  - b) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
  - c) Vgl. im Übrigen § 2 Ziff. 2.
2. Folgen von Obliegenheitsverletzungen:
  - a) Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertrags-gesetz (VVG) (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Ziff. 1 a und b genannten Obliegenheiten verletzt wird.  
Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.
  - b) In den Fällen des § 2 Ziff. 2 verzögert sich die Leistungspflicht, bis die erforderlichen Nachweise erbracht sind. Wurde nur das Stichwort »Best Care« nicht in der vorgeschriebenen Weise auf den Nachweisen vermerkt (vgl. § 2 Ziff. 2), beginnt die Fünftagefrist gemäß § 3 Ziff. 1 a erst mit dem Zugang der Nachweise bei der für die Organisation des Best Care-Service zuständigen Stelle zu laufen.

### § 14 Was ist in Bezug auf die Auszahlung von Geldleistungen zu beachten?

1. Bezüglich der Fälligkeit gilt, dass Geldleistungen nach diesen Bedingungen fällig sind, wenn die zur Feststellung des Anspruchs nötigen Erhebungen beendet sind:
  - Für die Aufwandspauschale nach § 3 Ziff. 2 ist dies der Fall, sobald die Voraussetzungen des § 2 durch uns festgestellt wurden.
  - Für die Ersatzpauschale nach § 3 Ziff. 3 ist dies der Fall, sobald die Überschreitung der in § 3 Ziff. 1 a definierten Fünftagefrist festgestellt wurde.Der Lauf der Frist ist gehemmt, soweit die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens Ihrerseits gehindert sein sollte.
2. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

### § 15 Wann sind Aufrechnungen zulässig?

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

### § 16 Können Sie Ihre Ansprüche gegen uns auf Dritte übertragen?

1. Sie können Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen aus diesem Produkt nicht auf Dritte übertragen.
2. Soweit Ihre Ansprüche Geldleistungen betreffen, können diese insbesondere weder abgetreten noch verpfändet werden.

### § 17 Was ist bei der Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform (z. B. auch E-Mail) vereinbart wird (wie in § 2 Ziff. 2 für die Übermittlung von ärztlichen Befunden).

### § 18 Gerichtsstand

1. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Düsseldorf anhängig gemacht werden.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Düsseldorf zuständig.

### § 19 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie als Versicherungsnehmer folgt.  
Zu solchen Veränderungen gehören insbesondere Änderungen:
  - a) von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
  - b) der Grundlagen, auf denen die Auswahl der Krankheitsdiagnosen und die ihnen zugeordneten Therapien in der Tabelle in § 2 Ziff. 3 beruhen.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Die Änderungen nach Ziff. 1 gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen. Vgl. auch § 9 Ziff. 5 c.
4. Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

# IV Pflegezusatzversicherung

AVB/PZ 2008

## Der Versicherungsschutz

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

- (1) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftigkeit ist die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 sind
  - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
  - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 2 sind
  - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
  - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
  - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PZ 2008) einschließlich Tarif PZ mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich

die gesetzlichen Bestimmungen ändern, können die mit dem SGB XI übereinstimmenden Teile der AVB gemäß § 18 geändert werden.

- (10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch.
- (11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.
- (12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. 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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach Tarif PZ versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Der Vertrag wird grundsätzlich für 1 Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

### § 3 Wartezeitverzicht

Wartezeiten bestehen nicht.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Versicherte Personen erhalten bei ambulanter oder vollstationärer Pflege ein Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes wird im Tarif geregelt.
- (2) Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn ambulante oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt und eine stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) in Anspruch genommen wird.
- (3) Ambulante Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrem Haushalt oder einem anderen Haushalt, in den sie aufgenommen ist, gepflegt wird. Dazu gehört auch die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.
- (4) Hinsichtlich der Art der Pflege (ambulant oder vollstationär) sowie der Pflegestufe gilt die Einstufung in der Pflegepflichtversicherung. Hat keine Einstufung in der Pflegepflichtversicherung stattgefunden, gelten die Einstufungskriterien des Pflegeversicherungsgesetzes.
- (5) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt.
- (6) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie Pflegegeld aus der festgestellten Pflegestufe für ambulante Pflege.

#### § 4a Überschussbeteiligung

- (1) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet. Diese Rückstellung darf nur zugunsten der Versicherten verwendet werden.
- (2) Als Form der Überschussbeteiligung kann vorgesehen werden: Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen, Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen sowie in Ausnahmefällen die Abwendung eines Notstands (Verlustabdeckung).
- (3) Über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung werden die Versicherungsnehmer jeweils informiert.

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- c) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

#### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht.
- (2) Eintritt und Stufe der Pflegebedürftigkeit sind durch eine Bescheinigung des Pflegepflichtversicherers nachzuweisen. Hinsichtlich der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit muss halbjährlich eine Bescheinigung des Pflegepflichtversicherers vorgelegt werden. Hat keine Einstufung in der Pflegepflichtversicherung stattgefunden, sind Eintritt und Stufe der Pflegebedürftigkeit sowie deren Fortdauer durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Hausarzt des Versicherten, muss der Versicherer innerhalb von vier Monaten eine weitere Untersuchung durch einen anderen von ihm beauftragten Arzt veranlassen. Die Untersuchung erfolgt im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (5) 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.
- (6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

#### Pflichten des Versicherungsnehmers

##### § 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Gesellschaft kann je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben Ersatz von Postgebühren verlangen.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (8) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.
- (9) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.
- (10) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

##### § 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend 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.
- (5) Ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 20. Lebensjahres folgt, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

#### § 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Vertragsänderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10 v. H., werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung nach Satz 2 bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 v. H., werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
- (3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

#### § 8c Leistungsanpassung

- (1) Werden die in der Pflegepflichtversicherung gewährten Leistungen gemäß § 30 SGB XI (siehe Anhang) verändert, kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders das Pflegegeld der einzelnen Tarifstufen entsprechend der prozentualen Veränderung in der Pflegepflichtversicherung anpassen. Die Leistungen werden ohne erneute Gesundheitsprüfung angepasst. Das gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Bei einer Leistungsanpassung werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- (2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

#### § 9 Obliegenheiten

- (1) Der Eintritt, der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (2) Anzuzeigen sind ferner jede Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sowie jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (6) Eine weitere Pflegezusatzversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Bei Verletzung der in § 9 Absatz 6 genannten Obliegenheit kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (4) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3 zusätzliche Aufwendungen, kann er von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

#### § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz 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 infolgedessen 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 aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

#### § 12 Aufrechnung

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



## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

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

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

### § 17 Gerichtsstand

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

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

## Tarif PZ

### Leistungsumfang

Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 AVB/PZ 2008 wird ein monatliches Pflegegeld gezahlt.

Es beträgt bei ambulanter Pflege (vgl. § 4 [3] AVB/PZ 2008)

	in der Tarifstufe				
	PZ 1	PZ 2	PZ 3	PZ 4	PZ 5
in der Pflegestufe I	–	–	–	–	–
in der Pflegestufe II	240	360	480	600	720
in der Pflegestufe III	320	480	640	800	960
und bei vollstationärer Pflege (vgl. § 4 [2] AVB/PZ 2008)	640	960	1.280	1.600	1.920
EUR pro Monat.					

## V 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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefährumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

#### § 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 Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

#### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

#### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Text-

form eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

#### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

#### § 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 vorgesehenen 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 sinnngemäße 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 § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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.

#### § 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

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

#### § 12 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 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
  1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
  2. die Alterungsrückstellung nach § 341 f. des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
  3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
  4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
  5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenver-

sicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

#### Fünftes Buch (V)

#### Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

#### § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
  1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
  2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
  - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
  - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

## **Elftes Buch (XI) Gesetz zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit (SGB XI)**

### **§ 30 Dynamisierung**

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Brutto Lohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

## **Auszug aus dem Einkommensteuergesetz 1990**

### **§ 18 Selbstständige Arbeit**

- (1) Einkünfte aus selbstständiger Arbeit sind
1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbstständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbstständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnliche Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass er aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen;

## **Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG)**

### **§ 1 Form und Voraussetzungen**

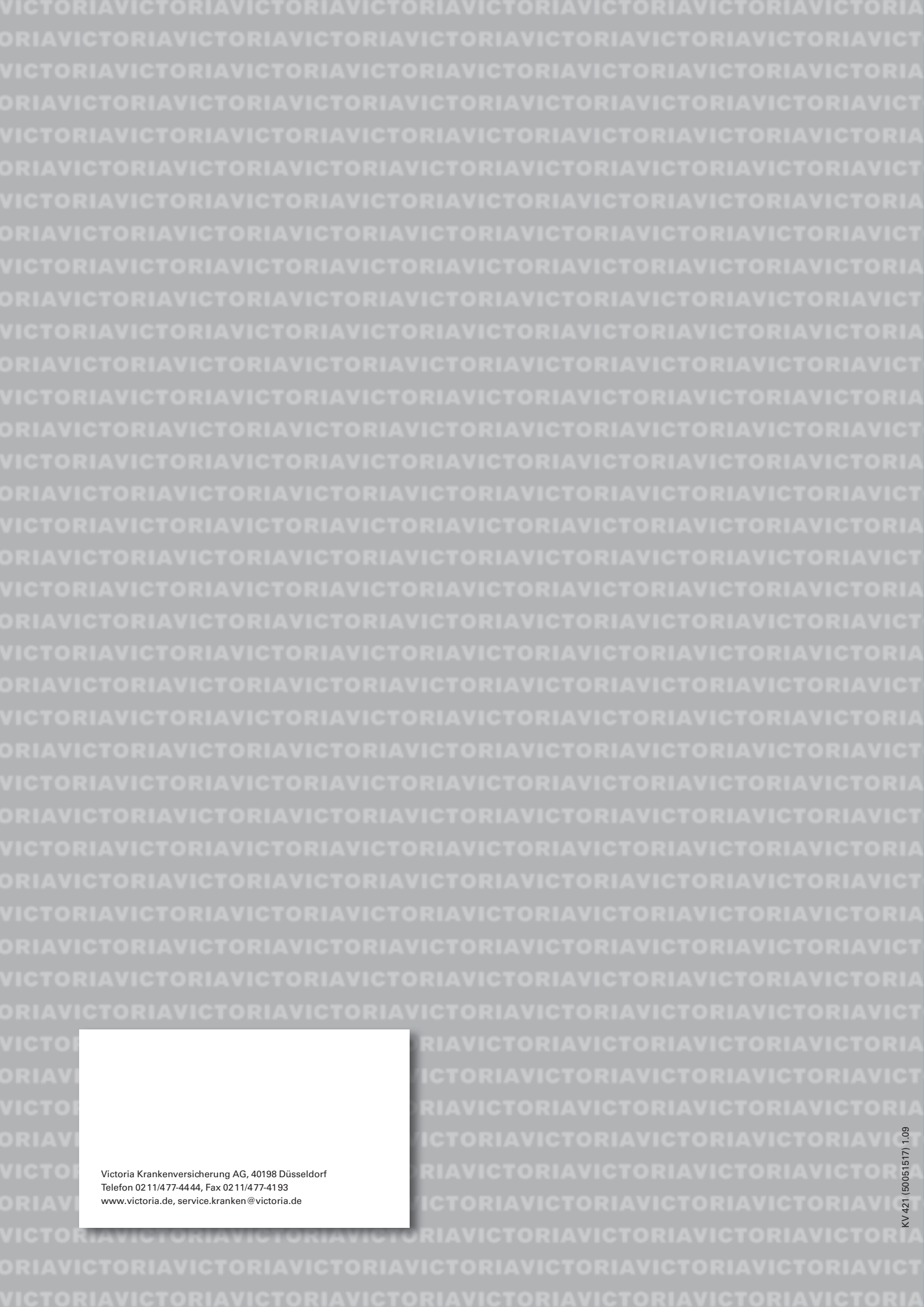
- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
  1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
  2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
  3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
  4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.











Victoria Krankenversicherung AG, 40198 Düsseldorf  
Telefon 02 11/477-4444, Fax 02 11/477-4193  
[www.victoria.de](http://www.victoria.de), [service.kranken@victoria.de](mailto:service.kranken@victoria.de)