

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif 721 für stationäre Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer Einzelversicherung B3 51 234

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 298.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Wer ist nach diesem Tarif versicherungsfähig und was gilt bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?
- § 3 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 4 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 5 Was gilt für unser ordentliches Kündigungsrecht?
- § 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

In diesen Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Wer ist nach diesem Tarif versicherungsfähig und was gilt bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?

(1) Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit

Folgende Personen sind versicherungsfähig:

- Personen, die bei Krankenkassen im Sinne des Sozialgesetzbuches versichert sind,
- Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge ohne Aufwendersersatz für stationäre Wahlleistungen oder
- Personen mit Anspruch auf Beihilfe ohne Aufwendersersatz für stationäre Wahlleistungen, sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die nach einem Tarif für stationäre Heilbehandlung ohne Anspruch auf Aufbau eines Übertragungswertes versichert sind.

(2) Beendigung der Versicherung bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Das Versicherungsverhältnis nach Tarif 721 endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abs. 1. Dies gilt auch für versicherte Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegen. Teil I § 2 Abs. 2 gilt insoweit nicht.

§ 3 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

Nachstehende Aufwendungen werden mit Ausnahme von Zuzahlungen im Sinne von § 61 SGB V, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte zu leisten haben, erstattet.

(1) Stationäre Heilbehandlung

- a) Wahlleistung besondere Unterkunft im Ein- oder Zwei-

bettzimmer
100%

b) Wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung
100%

c) Beleghebammen und -entbindungspfleger
100%

d) Allgemeine Krankenhausleistungen
100% der verbleibenden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV.

e) Krankenhaustagegeld

- 25 EUR, soweit keine Aufwendungen für die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer nachgewiesen werden.
- 25 EUR, soweit keine Aufwendungen für wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung nachgewiesen werden.

f) Ergänzend gilt:

Bei Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegeverordnung abrechnen, werden die Behandlungs- und Pflegekosten wie folgt erstattet:

- aa) Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer
 - 100% der verbleibenden Kosten nach Vorleistung durch die GKV
 - 60%, ohne Vorleistung durch die GKV

bb) Behandlung im Mehrbettzimmer
100%, Leistungen der GKV werden angerechnet

(2) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

Die Aufwendungen für stationäre Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt.

§ 4 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung - einschließlich Psychotherapie - die Aufwendungen für

(1) Leistungen der Belegärzte, die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbar sind sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

(2) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare

Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechenbar sind.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als Wahlleistungen die Inanspruchnahme von Ein- oder Zweibettzimmern einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie ärztliche Leistungen und medizinisch begründete Nebenkosten.

(3) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

(4) Krankenhaustagegeld

Werden weder Aufwendungen für die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer noch für wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Kein Anspruch auf das ersatzweise Krankenhaustagegeld besteht für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

(5) Allgemeine Krankenhausleistungen, in dem unter § 3 Abs. 1 d) genannten Umfang.

§ 5 Was gilt für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Unser ordentliches Kündigungsrecht ist ausgeschlossen.

§ 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I - Allgemeine Bedingungen B3 51 298

Hinweis zum besseren Verständnis der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Soweit im Vertrag nichts anderes vereinbart ist, steht - „schriftlich“ bzw. „Textform“ für Mitteilungen oder Erklärungen per Brief, Fax, E-Mail, - „wir“, „uns“, „unser“, „unsere“ für Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München, - „Sie“, „Ihr“, „Ihre“, „Ihnen“ für diejenige Person, die mit uns den Vertrag geschlossen hat (= Versicherungsnehmer), - „Versicherter“ oder „versicherte Person“ für jede Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Schutz dieses Vertrages fällt. Maßgeblich sind die Angaben im Versicherungsschein.

Inhalt:

- § 1 Was ist vom Versicherungsschutz erfasst?
- § 2 Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?
- § 3 Wofür und in welchem Umfang leisten wir?
- § 4 Wann ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?
- § 5 Gelten Wartezeiten und wie werden diese berechnet?
- § 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- § 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 8 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 9 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 10 Was gilt, wenn Sie bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nicht rechtzeitig zahlen?
- § 11 Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrages?
- § 12 Wann werden nach dem Gesetz unsere Leistungen fällig?
- § 13 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?
- § 14 Können vertragliche Ansprüche übertragen werden?
- § 15 Wann endet der Versicherungsschutz?
- § 16 Welche Besonderheiten gibt es bei der Beitragszahlung?
- § 17 Wie berechnet sich der Beitrag?
- § 18 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?
- § 19 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?
- § 20 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
- § 21 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht im Sinne des Gesetzes?
- § 22 Was gilt für die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person?
- § 23 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und was ist dabei zu beachten?
- § 24 Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?
- § 25 Welche Dauer hat der Vertrag und wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
- § 26 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen, die Aufhebung der Versicherung oder

- deren Fortsetzung in Form einer Anwartschaftsversicherung verlangen?
- § 27 Unter welchen Voraussetzungen können Sie bei einer Kündigung die Mitgabe des Übertragungswertes verlangen?
- § 28 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
- § 29 In welchen Fällen endet die Versicherung außerdem und unter welchen Voraussetzungen kann sie fortgesetzt werden?
- § 30 Unter welchen Voraussetzungen können Beitrag, Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst werden?
- § 31 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Bedingungsanpassung zulässig?
- § 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden?
- § 33 Welche Ansprüche auf Tarifwechsel bestehen?
- § 34 Was gilt für die Nachversicherung von Kindern?
- § 35 Welches Recht findet Anwendung?
- § 36 Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- § 37 Was gilt nach dem Gesetz, wenn Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen?
- § 38 Was gilt für Ihre Mitteilungen und Erklärungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 39 Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?
- § 40 Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

§ 1 Was ist vom Versicherungsschutz erfasst?

(1) Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse und erbringen, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Wir erbringen im Versicherungsfall

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

§ 2 Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?

(1) Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (siehe aber § 29 Abs. 3 und 4). 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.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes

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 wir - soweit wir in den Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen - höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten.

§ 3 Wofür und in welchem Umfang leisten wir?

(1) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Bedingungen, Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen) und den gesetzlichen Regelungen auch nicht versicherungsrechtlicher Art.

(2) Art und Höhe der Versicherungsleistungen

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

(3) Auswahl von Leistungserbringern

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. Wir leisten auch bei Inanspruchnahme von in Krankenhausambulanzen tätigen Ärzten und Zahnärzten, nicht jedoch bei Inanspruchnahme von juristischen Personen wie z. B. Diagnostik- und Behandlungsinstituten.

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

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 3 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(5) Auswahl von Krankenhäusern

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.

(6) Besonderheiten bei Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 5 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

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

(7) Versicherte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir 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; jedoch können wir unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 4 Wann ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

(1) Ausschlüsse und Einschränkungen

Wir leisten nicht für

a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen;

c) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

d) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem wir Sie über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

e) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

f) 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;

g) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Herabsetzung auf angemessenen Betrag

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Im Tarif mit Tarifbedingungen können weitere Regelungen zur Einschränkung der Leistungspflicht enthalten sein.

(3) Anrechnung von Leistungen gesetzlicher Leistungsträger

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Gelten Wartezeiten und wie werden diese berechnet?

(1) Beginn der Wartezeiten

Die Wartezeiten rechnen von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegebenen Zeitpunkt an.

(2) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

(3) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Erlass der Wartezeiten

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn Sie innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne

Wartezeiten zu versichernden Personen auf Ihre Kosten ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen auf unserem Formblatt vorlegen. Geht der Befundbericht nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(5) Besonderheiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einer privaten Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer ausscheiden

a) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden

Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung 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 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

b) Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer ausscheiden

Personen, die aus einer substitutiven Krankheitskostenversicherung (§ 26 Abs. 4) bei einem anderen Versicherer ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Die Voraussetzungen nach Abs. 5 a) Satz 2 gelten entsprechend.

(6) Wartezeiten bei Vertragsänderungen

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

§ 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Abhängigkeit des Beginns von der rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von § 7 zahlen.

(2) Weitere Voraussetzungen für den Beginn des Versicherungsschutzes bzw. für unsere Leistungspflicht

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht keine Leistungspflicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegebenen Zeitpunkt oder in Wartezeiten fällt.

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gilt § 8 Abs. 1 Satz 2.

(3) Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen gilt Abs. 1 und 2 für den hinzu-

kommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Beitragszahlung pro Versicherungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung sind als laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu zahlen. Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres. Abweichend von der Versicherungsperiode ist der Beitrag jedoch ein Monatsbeitrag.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode fällig.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Haben Sie eine Einzugsermächtigung erteilt (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit von uns eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Können wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen und haben Sie dies nicht zu vertreten, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Können wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen und haben Sie dies zu vertreten, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(5) Gefahrtragung

Die Übermittlung des Beitrages erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

§ 8 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages (siehe § 6 Abs. 1) abhängig. Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Versicherungsfälle, die zwischen dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegebenen Zeitpunkt und der Zahlung des Erstbeitrages eintreten, sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der vor der Zahlung des Erstbeitrages liegt. Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages hingewiesen haben.

(2) Unsere Rücktrittsmöglichkeit

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

§ 9 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug. Ein Verzug tritt nicht ein, wenn die Zahlung aufgrund eines Umstandes unterbleibt, den Sie nicht zu vertreten haben.

Im Verzugsfall sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

(2) Fristsetzung

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Die Fristsetzung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge zu den Beiträgen, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert.

Mahnkosten betragen 1,50 EUR.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung der Beiträge, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

(4) Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden.

Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge werden wir Sie ebenfalls hinweisen.

(5) Fortbestand der Versicherung bei Zahlung des Beitrages nach Kündigung

Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraumes, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

(6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses durch die versicherten Personen

Kündigen wir eine Krankheitskostenversicherung wegen Zahlungsverzuges wirksam, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir sind verpflichtet, die versicherten Personen über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren.

Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

§ 10 Was gilt, wenn Sie bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Mahnung, Mahnkosten sowie Säumniszuschläge

Sind Sie mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, werden wir Sie unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes auf Ihre Kosten mahnen.

Sie haben für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 1,50 Euro je Mahnung, zu entrichten.

(2) Ruhen der Leistungen

Ist der Rückstand zwei Wochen, nachdem Ihnen unsere Mahnung zugegangen ist, noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, werden wir das Ruhen der Leistungen feststellen. Das Ruhen tritt drei Tage, nachdem Ihnen unsere Mitteilung über das Ruhen zugegangen ist, ein. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits in der Mahnung auf diese Folge hingewiesen haben.

Während der Ruhenszeit haften wir ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Unsere Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(3) Ende des Ruhens

Das Ruhen endet, wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt haben oder wenn bei Ihnen oder der versicherten Person Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) eintritt. Sie haben uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder SGB XII nachzuweisen. Wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung von Ihnen verlangen.

(4) Fortsetzung der Versicherung im Basistarif

Haben Sie die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens nicht vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a Versi-

cherungsaufsichtsgesetz (VAG) fortgesetzt. Die Regelungen nach Abs. 2 Satz 4 und 5 bleiben unberührt.

§ 11 Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrages?

Wird der Vertrag vorzeitig beendet, können wir - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrages verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Andere gesetzliche Bestimmungen gelten insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen können wir den vereinbarten Beitrag bis zum Zugang unserer Rücktritts- oder Anfechtungserklärung verlangen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsschutz in diesen Fällen rückwirkend entfällt.

Treten wir wegen nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrages vom Vertrag zurück, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Für die Berechnung des Tagesbeitrages gilt § 16 Abs. 1 Satz 2 bis 3.

§ 12 Wann werden nach dem Gesetz unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise (siehe § 13) erbracht sind; diese werden unser Eigentum.

Unsere Leistungen erbringen wir, nachdem wir die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungen notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben.

(2) Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Haben wir diese Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen, so können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zu zahlen haben. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

§ 13 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von § 12 Abs. 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Sie müssen als Urschrift erkennbar sein, den geltenden rechtlichen Regelungen entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- a) Name der behandelten Person,
- b) Bezeichnung der Krankheit,
- c) Art der Leistungen,
- d) die Behandlungsdaten.

(2) Nachweise für Krankenhaustagegeld

Wenn nur Krankenhaustagegeld gezahlt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum

sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthalten.

(3) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

(4) Leistungsempfänger

Wir leisten an Sie oder den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders haben, werden wir die Leistung nur an Sie auszahlen.

(5) Belege in ausländischer Währung

In ausländischer Währung entstandene Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages in Euro umgerechnet, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Bei nicht gehandelten Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Kosten der Auszahlung

Für die Überweisung der Versicherungsleistungen fallen keine Kosten an, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für sonstige Überweisungen sowie für die Übersetzung fremdsprachiger Rechnungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 14 Können vertragliche Ansprüche übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Bei bestimmungsgemäßer Verwendung der „Card für Privatversicherte“ („Allianz Card“) gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 15 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Das gilt auch für einzelne versicherte Personen oder Tarife.

§ 16 Welche Besonderheiten gibt es bei der Beitragszahlung?

(1) Berechnung des Tagesbeitrages

Beginnt die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nach § 34 nicht an einem Monatsersten bzw. endet die Versicherung einer versicherten Person infolge Tod (siehe § 29 Abs. 2) nicht zum Monatsende, so ist der Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag des jeweiligen Rumpffmonats zu zahlen. Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrages. Bei der Berechnung des Tagesbeitrages wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 16. bzw. 21. Lebensjahres

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung ist nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

(3) Beitragsnachlässe bei Vorauszahlung

Für nachstehende Zahlungsweisen erhalten Sie die angegebenen Beitragsnachlässe:

- 1% bei vierteljährlicher Vorauszahlung,
- 2% bei halbjährlicher Vorauszahlung oder
- 4% bei jährlicher Vorauszahlung.

(4) Beitragszuschlag bei verspätetem Antrag auf eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankenversicherung

a) Höhe des Beitragszuschlages

Beantragen Sie eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung nach § 193 Abs. 3 VVG später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung, haben Sie einen Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrages für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten. Ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung beträgt der Beitragszuschlag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrages.

b) Ermittlung der Dauer der Nichtversicherung

Können wir die Dauer der Nichtversicherung nicht ermitteln, gehen wir davon aus, dass die versicherte Person mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Zeiten, die vor dem 1. Januar 2009 liegen, berücksichtigen wir hierbei nicht.

c) Fälligkeit und Stundung des Beitragszuschlages

Den Beitragszuschlag haben Sie einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Sie können die Stundung des Beitragszuschlages verlangen, wenn Sie die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

§ 17 Wie berechnet sich der Beitrag?

(1) Gesetzliche Vorschriften zur Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

(2) Auswirkungen von Alter und Geschlecht bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche 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 unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Risikozuschläge bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 18 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?

(1) Verwendung der angesammelten Beträge

Die Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) angesammelten Beträge zugunsten der Versicherten kann neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen insbesondere geschehen durch Barausschüttung in Form einer Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung).

(2) Entscheidung über die Verwendung

Über Art, Umfang und Zeitpunkt der Verwendung sowie die Festlegung der berechtigten Tarife und der teilnahmeberechtigten Personen entscheidet der Vorstand unserer Gesellschaft.

(3) Treuhänderzustimmung

Nach den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen muss ein unabhängiger Treuhänder der Verwendung der Mittel aus der RfB zustimmen.

§ 19 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

(1) Allgemeines

Die Verletzung der in Abs. 2 bis 7 genannten Obliegenheiten kann unter den in § 20 genannten Voraussetzungen zu ganzer oder teilweiser Leistungsfreiheit bzw. zur Kündigung führen.

(2) Erteilung von Auskünften

Die versicherte Person hat auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Ärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn wir dies verlangen.

(4) Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

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, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Mehrere Krankenhaustagegeldversicherungen

Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden.

(7) Weitere Obliegenheiten

Weitere Obliegenheiten sind in § 23 geregelt. Zudem können im Tarif mit Tarifbedingungen Obliegenheiten geregelt sein.

§ 20 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Auswirkungen von Obliegenheitsverletzungen auf unsere Leistungspflicht

Eine Obliegenheitsverletzung kann - unabhängig ob die Obliegenheit vor oder nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist - Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht haben.

Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich, so besteht insoweit kein Versicherungsschutz.

Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit sind wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Verletzen Sie eine Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, die Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir uns auf vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Kündigungsrecht des Versicherers

Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, so können wir nicht nur die Rechte nach Abs. 1 geltend machen, sondern außerdem den Vertrag fristlos kündigen. Das Kündigungsrecht können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ausüben.

Die Kündigung ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte. Die Kündigung ist auch ausgeschlossen, wenn es sich um eine der Erfüllung der Pflicht

zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung nach § 193 Abs. 3 VVG handelt.

(3) Schriftform der Kündigung

Die Kündigung nach dieser Vorschrift bedarf der Schriftform (siehe § 26 Abs. 1 Satz 2 und 3).

§ 21 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht im Sinne des Gesetzes?

(1) Anzeigepflichten

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Handelt für Sie ein Stellvertreter und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand oder handelt er arglistig, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder den Umstand arglistig verschwiegen.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen von Anzeigepflichtverletzungen

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 VVG. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, leistungsfrei sein, den Vertrag kündigen, wegen arglistiger Täuschung anfechten oder auch berechtigt sein, den Vertrag zu ändern.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(3) Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers bei Vertragsanpassung

Falls wir im Rahmen einer Vertragsänderung nach Abs. 2 den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder die Gefahrab-sicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Abs. 6 VVG kündigen. § 26 Abs. 8 gilt entsprechend.

(4) Schriftform bei der Ausübung von Gestaltungsrechten

Die Ausübung eines Gestaltungsrechts nach dieser Vorschrift (Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung) bedarf der Schriftform (siehe § 26 Abs. 1 Satz 2 und 3), gleich ob das Gestaltungsrecht durch Sie oder uns ausgeübt wird.

§ 22 Was gilt für die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person?

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich.

§ 23 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und was ist dabei zu beachten?

(1) Abtretung von Ersatzansprüchen

Haben Sie Ersatzansprüche gegen Dritte, sind diese schriftlich an uns abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zu der Höhe, in der wir Leistungen (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) aus dem Versicherungsvertrag erbracht haben.

(2) Übergang von Ersatzansprüchen

Steht Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

(3) Obliegenheiten bzgl. Ersatzansprüchen

Sie haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren. Nachdem der Ersatzanspruch auf uns übergegangen ist, sind Sie ferner verpflichtet, bei der Durchsetzung des Anspruches durch uns mitzuwirken, soweit dies erforderlich ist.

Verletzen Sie Ihre Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können.

Können wir von dem Dritten keinen Ersatz verlangen, weil Sie Ihre Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt haben, so sind wir insoweit nicht gänzlich leistungsfrei, sondern berechtigt, unsere Leistung nach der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

(4) Personen in häuslicher Gemeinschaft

Wenn Ihr Ersatzanspruch sich gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den nach Abs. 2 übergegangenen Anspruch nur geltend machen, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(5) Abtretung von Bereicherungsansprüchen

Steht Ihnen ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, ist Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

(6) Ansprüche der versicherten Person

Abs. 1 bis 5 gilt gleichermaßen, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der versicherten Person zustehen.

§ 24 Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 25 Welche Dauer hat der Vertrag und wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

(1) Vertragsdauer

Es gilt eine Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Der Vertrag verlängert sich pro Person und Tarif stillschweigend um je ein Jahr, sofern er nicht gemäß § 26 oder § 28 gekündigt wird. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei

Tarifwechsel auf die Mindestversicherungsdauer angerechnet.

(2) Berechnung des Versicherungsjahres

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 26 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen, die Aufhebung der Versicherung oder deren Fortsetzung in Form einer Anwartschaftsversicherung verlangen?

(1) Schriftform Ihrer Kündigungserklärung

Jede Kündigung des Versicherungsverhältnisses nach Abs. 2 bis 6 durch Sie muss in Schriftform erfolgen. Die Schriftform ist nur durch eine eigenhändig unterzeichnete, schriftliche Erklärung erfüllt. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig.

(2) Kündigungszeitpunkt und -frist

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der nach § 25 Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(3) Beschränkung der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenvollversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankheitskostenversicherung) oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben. Das gilt nicht, wenn Sie das Versäumen dieser Frist nicht zu vertreten haben.

Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrages erfolgt gemäß § 16 Abs. 1 Satz 2 bis 3. Später können Sie die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Der Beitrag steht uns 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) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen

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, können Sie 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.

(6) Erhöhung von Beitrag bzw. Selbstbeteiligung oder Minderung unserer Leistungen nach §§ 30, 31

Erhöhen wir den Beitrag oder eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung nach § 30 oder vermindern wir unsere Leistungen nach § 31, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Voraussetzung für eine wirksame Kündigung ist, dass Sie diese innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung erklären. Bei einer Beitragserhöhung im Sinne von Satz 1 können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(7) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(8) Besonderheiten bei einer Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient

Für die Kündigung eines Versicherungsverhältnisses, das der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG dient, gelten besondere Voraussetzungen. Eine Kündigung nach den Abs. 2 bis 3 und 5 bis 7 setzt voraus, dass Sie für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer einen neuen Vertrag abschließen, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(9) Anspruch auf Fortsetzung des Vertrages durch die versicherten Personen

Kündigen Sie 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 Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(10) Anspruch auf Fortsetzung in Form einer Anwartschaftsversicherung

Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, steht Ihnen und/oder der betroffenen versicherten Person das Recht zu, das Versi-

cherungsverhältnis nach Maßgabe des § 204 Abs. 4 VVG in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaftsversicherung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zu stellen.

§ 27 Unter welchen Voraussetzungen können Sie bei einer Kündigung die Mitgabe des Übertragungswertes verlangen?

(1) Ab dem 1. Januar 2009 erstmals abgeschlossene Verträge

Wird eine Krankheitskostenvollversicherung gekündigt und schließen Sie gleichzeitig einen neuen substitutiven Vertrag (§ 26 Abs. 4) bei einem anderen Versicherer ab, können Sie von uns verlangen, dass wir 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 auf den neuen Versicherer übertragen. Dieser Anspruch setzt voraus, dass die gekündigte Krankheitskostenvollversicherung erstmals nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde.

(2) Vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge

Der Anspruch nach Abs. 1 gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge. Wechselt die versicherte Person nach dem 31. Dezember 2008 in Tarife mit Aufbau eines Übertragungswertes, so gilt Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

§ 28 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ausschluss des ordentlichen Kündigungsrechts

In der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienen den Krankheitskostenversicherung nach § 193 Abs. 3 VVG sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung (siehe § 26 Abs. 4) ist unser ordentliches Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Besonderheiten bei der Krankenhaustagegeld- und der Krankheitskostenteilversicherung

Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, können wir das Versicherungsverhältnis nur zum Ablauf der nach § 25 Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren oder zum Ende des dritten Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

(3) Beschränkung der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Anspruch auf Fortsetzung des Vertrages durch die versicherten Personen

Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 26 Abs. 9 Satz 1 und 2 entsprechend.

(5) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

§ 29 In welchen Fällen endet die Versicherung außerdem und unter welchen Voraussetzungen kann sie fortgesetzt werden?

(1) Tod des Versicherungsnehmers

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) Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Dauerhafte Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 2 Abs. 2 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

(4) Vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 2 Abs. 2 genannten, können Sie verlangen, dass das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt wird.

(5) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein.

§ 30 Unter welchen Voraussetzungen können Beitrag, Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst werden?

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung zu den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Ergibt die Gegenüberstellung zu den Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung 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 (§ 33 Abs. 2 a) Satz 2 sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 33 Abs. 3 a) Satz 3) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Absehen von der Beitragsanpassung

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt. Die Benachrichtigung erhalten Sie in Textform.

§ 31 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Bedingungsanpassung zulässig?

(1) Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif mit Tarifbedingungen 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 unsere Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt. Die Mitteilung erhalten Sie in Textform.

(2) Unwirksamkeit einer Bestimmung

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 Vertrages 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 Vertragszieles die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 32 Wie kann der Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruches angepasst werden?

Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfean-

spruch, haben Sie Anspruch darauf, dass wir den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpassen, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, bieten wir die Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten.

§ 33 Welche Ansprüche auf Tarifwechsel bestehen?

(1) Wechsel in einen anderen Tarif

Ihnen steht das Recht zu, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 204 VVG zu verlangen.

(2) Wechsel in den Standardtarif

a) In Ihrem Vertrag versicherte Personen, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, können auf Ihr Verlangen in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

b) 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.

c) Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Soweit die Leistungen im Standardtarif höher oder umfassender sind als im bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

d) Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

e) Die Buchstaben a) bis d) gelten nicht für ab dem 1. Januar 2009 erstmals abgeschlossene Verträge.

(3) Wechsel in den Basistarif

a) In Ihrem Vertrag versicherte Personen, können auf Ihr Verlangen in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte.

Das Wechselrecht nach Satz 1 gilt auch, wenn bei der versicherten Person mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr vollendet,
- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfüllt aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und hat diese Rente beantragt,
- die versicherte Person bezieht ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften,
- die versicherte Person ist hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII.

Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungs-

grundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

b) Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich.

c) Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Basistarif folgt.

§ 34 Was gilt für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Leibliche Kinder

Wir verpflichten uns, Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt zu versichern, wenn sie spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt zur Versicherung angemeldet werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil am Tage der Geburt mindestens drei Monate bei uns versichert war. Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteiles sein.

(2) Adoptivkinder

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, wenn das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

§ 35 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 36 Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Örtlich zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

Sie können aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für unsere Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Sie können auch bei dem deutschen Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Sofern nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, können Sie Klagen auch dort erheben.

(2) Örtlich zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

Wir können Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(3) Unbekannter Wohn- oder Geschäftssitz des Versicherungsnehmers

Ist Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Klageerhebung unbekannt und ist auch kein gewöhnlicher Aufenthaltsort in Deutschland bekannt, können sowohl Sie als auch wir Klagen im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für unsere Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

(4) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Haben Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohn- oder Geschäftssitz nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, Island, Norwegen oder der Schweiz, können sowohl Sie als auch wir Klagen im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für unsere Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

(5) Schädigendes Ereignis im Ausland

Haben Sie bei Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland, und tritt ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland ein, so können Klagen in diesem Zusammenhang nur vor einem deutschen Gericht erhoben werden. Sie können Klagen an dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder eine Sie betreuende deutsche Niederlassung örtlich zuständig ist. Wahlweise können Sie auch an dem Gericht klagen, das für Ihren deutschen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland zuständig ist.

Haben Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland, so können wir nur an dem für diesen Ort zuständigen Gericht Klage erheben. Haben Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in ein anderes Land verlegt, können wir an dem Gericht Klage erheben, das für Ihren letzten uns bekannten deutschen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig ist.

§ 37 Was gilt nach dem Gesetz, wenn Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen?

(1) Folgen einer unterlassenen Mitteilung

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift unter dem letzten uns bekannten Namen. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

(2) Verlegung Ihrer gewerblichen Niederlassung

Wenn Sie für die Versicherung die Anschrift Ihres Gewerbebetriebes angegeben haben, gilt Abs. 1 bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung entsprechend.

§ 38 Was gilt für Ihre Mitteilungen und Erklärungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Mitteilungen und Erklärungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, können weitreichende Auswirkungen haben. Diese sollten auch dann in Textform oder Schriftform (siehe § 26 Abs. 1 Satz 2 und 3) erfolgen, wenn eine solche Form weder im Gesetz noch im Versicherungsvertrag vorgesehen ist.

§ 39 Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag

Schließen Sie den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen anderen (Versicherung für fremde Rechnung), so können ausschließlich Sie als Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt

auch, wenn die versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Empfangsberechtigung der versicherten Person

Haben Sie die versicherte Person uns gegenüber in Textform als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistung benannt, kann ausschließlich diese die Versicherungsleistung verlangen; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Versicherungsleistung verlangen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Soweit Ihre Kenntnis oder Ihr Verhalten von rechtlicher Bedeutung sind, steht dem auch die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person gleich. Das bedeutet insbesondere, dass nicht nur Sie zur Erfüllung von Obliegenheiten verpflichtet sind, sondern auch die versicherte Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen. Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an, wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und uns bei Abschluss des Vertrages nicht darüber informiert haben.

§ 40 Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) in drei Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung bestimmen sich nach §§ 195 bis 213 BGB.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Haben Sie einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10a Abs. 3 VAG M3 51 929

1. Zu § 10a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung:

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung:

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für alle Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Hinweise der Allianz Privaten Krankenversicherung zum Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin):

Nach § 10a Abs. 3 VAG sind wir als privater Krankenversicherer verpflichtet, uns den "Empfang eines **amtlichen Informationsblattes** der Bundesanstalt" bestätigen zu lassen. Dazu weisen wir auf Folgendes hin:

Die Sätze 2 und 3 des letzten Absatzes entsprechen noch der bis zum 31.12.2008 geltenden Gesetzeslage. Die Rechtslage hat sich jedoch seit dem 1.1.2009 geändert. Insbesondere sind die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung seitdem abweichend von Satz 2 zur Vertragsannahme verpflichtet, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Basistarif vorliegen. Darüber hinaus verbleibt seit dem 1.1.2009 die Alterungsrückstellung bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens abweichend von Satz 3 je nach Vertragskonstellation nur noch teilweise beim bisherigen Versichertenkollektiv.

2. Versicherungsschein. Abschriften (§ 3 Abs. 4 VVG)

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat.