

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Ihre Vertragsunterlagen.

Belehrung über die Folgen
einer Anzeigepflichtverletzung

Erklärungen und Hinweise zum Antrag

Produktinformationsblatt zum Tarif 740

Versicherungsinformationen

Versicherungsbedingungen zum
Tarif 740

**Für Ihre Unterlagen –
bitte gut aufbewahren!**

Allianz 

Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder der Vorsitz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, – wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder – soweit es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabversicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsitz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

A. Erklärungen zum Antrag

A.1. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

A.2. Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

Erklärungen zur Datenverarbeitung

I. Bedeutung dieser Erklärungen und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (der Versicherer), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz erlaubt, anordnet oder Sie als Betroffener eingewilligt haben. Um Sie über die Datenverwendung umfassend und lückenlos zu informieren, bezieht sich die nachfolgende Einwilligungserklärung in Ziffer II. auch auf **allgemeine personenbezogene Daten**, für die das Bundesdatenschutzgesetz eine Einwilligung des Betroffenen nicht zwingend verlangt (wie z. B. Name oder Adresse). Einen weitergehenden Schutz genießen **besondere personenbezogene Daten** (wie z. B. Ihre Gesundheitsangaben). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, soweit Sie eingewilligt haben (Ziffer III.).

Mit den in Ziffer II. und III. enthaltenen Erklärungen erteilen Sie zudem die Befugnis zur Verwendung solcher Daten, die dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Erklärungen sind mit Zugang bei uns wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragsstellung genannt habe.
3. zur Führung gemeinsamer Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten. Derzeit arbeiten folgende ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe zusammen:
Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG,

AllSecur Deutschland AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung AG.

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Allianz Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch den Versicherer, andere ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe (Nr. 3) oder den für mich zuständigen Vermittler.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Abgabe dieser Erklärung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass vor Vertragsabschluss unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Wenn ich die vorstehende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung nicht abgeben möchte, kann ich unter Ziffer 10 des Antrages durch Ankreuzen die folgende Alternative wählen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir gewünschten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Wenn ich die vorstehende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung nicht abgeben möchte, kann ich unter Ziffer 10 des Antrages durch Ankreuzen die folgende Alternative wählen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III. Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten im Außendienst der Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Ich entbinde den Versicherer sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist.

B. Hinweise zum Antrag

Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben, die der Vermittler an uns weiterleitet. Sie sind verpflichtet, Ihnen übermittelte „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unvollständige oder unrichtige Angaben machen. Ausführliche Hinweise finden Sie in der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Diese erhalten Sie zusammen mit den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“.

Aufgabe einer bestehenden Kranken- und / oder Pflegeversicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Kranken- und / oder Pflegeversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer privaten Kranken- und / oder Pflegeversicherung bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG kann für Sie bzw. die zu versichernde(n) Person(en) mit Nachteilen (z. B. Wartezeiten, Risikozuschläge) verbunden sein. Vor der schriftlichen Annahme des Antrages durch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG wird empfohlen, die bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß.
Vorstand: Dr. Maximilian Zimmerer, Vorsitzender;
Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Markus Faulhaber,
Dr. Michael Hessling, Christian Molt, Rainer Schwarz.

Sitz der Gesellschaft: München.
Registergericht: München HRB 2212

Hauptverwaltung:
Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
www.gesundheit.allianz.de

Produktinformationsblatt zur Privaten Krankenversicherung - Tarif 740

Diese Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Sie sind nicht abschließend und können durch eine Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch beeinflusst werden. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Das gewünschte Produkt ist eine Krankheitskostenversicherung: Tarif 740 – Einzelversicherung.

Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung bestehend aus Teil I Allgemeine Bedingungen und dem jeweiligen Teil II Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Wir ersetzen im vertraglichen Umfang Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen. Näheres entnehmen Sie bitte Teil I §§ 1 und 3 AVB.

Versichert ist der Ersatz von Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung, z.B.:

- 75 % für Zahnbehandlung, Inlays und Zahnprophylaxe
- 50 % für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Weitere Leistungen und Näheres zu o.g. Informationen entnehmen Sie bitte Teil II §§ 2 und 3 AVB.

Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Europa und in zeitlich begrenztem Umfang auch auf außereuropäisches Ausland (siehe Teil I § 2 und Teil II § 2 Abs. 3 AVB).

3. Wie hoch ist der Beitrag, wann muss dieser gezahlt werden und welche Kosten fallen an?

Die Höhe Ihres Beitrags ist abhängig vom konkret gewählten Versicherungsschutz und der Zahlungsweise und kann sich je nach Ergebnis einer Risikoprüfung vor Vertragsabschluss noch ändern. Für die gewünschte Versicherung ergibt sich der monatlich zu zahlende Beitrag vorbehaltlich der Zahlungsweise und etwaiger Risikozuschläge für fehlende, ersetzte und/oder überkronte Zähne aus der Beitragstabelle auf Seite 4 in dieser Broschüre.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Beginn der Versicherung. Die weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind grundsätzlich jeweils am 1. eines Monats fällig. Abweichend hiervon ist auf Ihren Wunsch auch eine viertel-, halb- oder jährliche Vorauszahlung möglich. In diesem Fall gewähren wir Ihnen einen Beitragsnachlass.

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz in der Regel erst mit Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie den ersten Beitrag nicht gezahlt haben. Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, gefährden Sie den Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir Mahnkosten in Höhe von mindestens 1,50 EUR.

Die beschriebenen Rechtsfolgen treten nicht ein, wenn sich die Zahlung ohne Ihr Verschulden verzögert hat.

Näheres entnehmen Sie bitte Teil I §§ 6 bis 10 AVB.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz umfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Behandlungen durch Ehegatten, Kinder oder Eltern (ausgenommen Sachkosten).

Dies ist keine abschließende Darstellung. Weitere Ausschlüsse können sich insbesondere aus Teil I § 4 AVB ergeben. Stehen einzelne Leistungen unter dem Vorbehalt unserer vorherigen schriftlichen Zusage, besteht ohne diese Zusage keine Leistungspflicht (siehe z.B. Teil I § 3 Abs. 6 AVB).

5. Welche Pflichten sind bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Verletzen Sie diese Verpflichtung, kann dies schwerwiegende Konsequenzen für Ihren Versicherungsschutz haben. Unter bestimmten Voraussetzungen können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, leistungsfrei sein, den Vertrag kündigen, wegen arglistiger Täuschung anfechten oder auch berechtigt sein, den Vertrag zu ändern.

Näheres entnehmen Sie bitte Teil I §§ 21 und 22 AVB sowie der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

6. Welche Pflichten sind während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Sie oder die versicherte Person sind insbesondere verpflichtet, uns unverzüglich mitzuteilen, wenn bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird oder wenn Versicherungsschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Näheres zu den genannten sowie weitere Verpflichtungen, die sich während der Laufzeit des Vertrages ergeben können, entnehmen Sie bitte Teil I § 19 AVB.

Auch eine Verletzung dieser Verpflichtung kann schwerwiegende Konsequenzen für Ihren Versicherungsschutz haben. Welche Rechte wir geltend machen können, hängt davon ab, welche Pflichten Sie im konkreten Fall verletzt haben und inwieweit Sie dies zu vertreten haben. Unter bestimmten Voraussetzungen können wir z.B. teilweise oder vollständig leistungsfrei sein, den Vertrag kündigen oder auch berechtigt sein, den Vertrag zu ändern. Näheres entnehmen Sie bitte Teil I § 20 AVB.

7. Welche Pflichten sind im Versicherungsfall zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Ist ein Versicherungsfall eingetreten, haben Sie oder die versicherte Person insbesondere

- sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
- einen Ersatz- oder Rückzahlungsanspruch, der gegen einen Dritten besteht, zu wahren, an uns abzutreten bzw. zu übertragen und uns, soweit erforderlich, bei dessen Durchsetzung zu unterstützen.

Näheres zu den genannten sowie weitere vertragliche Pflichten und Obliegenheiten, die nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, ergeben sich z.B. aus Teil I §§ 19 und 23 und aus Teil II AVB.

Verletzen Sie diese Verpflichtungen, können wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig leistungsfrei sein. Näheres entnehmen Sie bitte Teil I §§ 20 und 23 Abs. 2 AVB.

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz soll wunschgemäß zum vereinbarten Termin beginnen. Voraussetzung dafür ist der Vertragsschluss und die rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags.

Der Versicherungsvertrag ist unbefristet. Grundsätzlich endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung des Versicherungsvertrages (siehe Teil I § 15 AVB), z.B. aufgrund Kündigung oder Verlust der Versicherungsfähigkeit.

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Grds. gilt eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren (siehe Teil I § 25 Abs. 1 AVB). Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen (siehe Teil I § 26 Abs. 2 AVB).

Es bestehen außerdem für Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. wenn wir nach unseren AVB den Beitrag erhöhen. Näheres zu den Kündigungsgründen und Wirksamkeitsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte Teil I § 26 AVB.

Versicherungsinformationen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Nachfolgend erhalten Sie weitere wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend und können durch eine Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch beeinflusst werden. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München. Sitz der Gesellschaft ist München. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister München unter der Nummer HRB 2212. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein genannt.

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben vor allem die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Bayenthalgürtel 26 in 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erklären wir in der Regel durch die Übersendung des Versicherungsscheins.

Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht. Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Widerrufsbelehrung,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Sie in diesen Versicherungsinformationen, den Vertragsbestimmungen sowie bei Verbrauchern im Produktinformationsblatt finden,

jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München oder per Fax an 01802/400103 (6 ct./Fax) oder per E-Mail an Krankenversicherung@Allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag des Versicherungsschutzes je nach gewünschter Zahlungsperiode um folgenden Betrag: 1/30 des Monatsbeitrags, 1/90 des vierteljährlichen Beitrags, 1/180 des halbjährlichen Beitrags bzw. 1/360 des Jahresbeitrags. Die Zahlungsperiode sowie den Versicherungsbeitrag können Sie dem Antrag sowie dem Versicherungsschein entnehmen.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Wie lange Ihr Vertrag läuft und wie Sie oder wir ihn beenden können, entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Alternativ besteht für Sie auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, durchzuführen. Der PKV-Ombudsmann ist ein außergerichtlicher Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. An ihn können sich versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Nicht zuständig ist der Ombudsmann für allgemeine Anfragen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung oder wenn die gleiche Streitfrage bereits vor einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) behandelt wird oder wurde. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die nach Art der Schadensversicherung betriebene Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Teil I – Allgemeine Bedingungen B3 51 398

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 Vertrags 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 müssen Sie bei der Beitragszahlung 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 Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(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 den Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, der durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I – Allgemeine Bedingungen, Teil II – Tarif mit Tarifbedingungen) oder eine besondere Vereinbarung festgelegt wurde, 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.

Auf das Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns aber nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalles (z.B. akut lebensbedrohlicher Zustand) medizinisch notwendig ist und die Krankenanstalt für diese Behandlung das einzige, nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist.

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 (z.B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) 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 Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Der Leistungsausschluss für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen, Unfallfolgen und Todesfälle gilt nicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

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, eingetragene Lebenspartner, 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 ersatzweises Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

(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 Befunderbericht 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 Abs. 2 a) 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 hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 7 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

- a) Erster Beitrag
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.
- b) Folgebeiträge
Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, 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

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

(5) Übermittlungsrisiko

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 bezieht.

(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 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 Ruhezeit haften wir ausschließlich für versicherte 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 Versicherungsaufsichtsgesetz (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. Die Rechnungen – auch unbezahlte – 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 Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweise für ersatzweises Krankenhausstagegeld

Wenn nur ersatzweises Krankenhausstagegeld geltend gemacht 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 Rumpfmonats 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

Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 16. Lebensjahr oder das 21. Lebensjahr vollendet, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist.

(3) Beitragsnachlässe bei Vorauszahlung

Ihr Beitrag ist als Monatsbeitrag kalkuliert und wird zu Beginn eines jeden Monats fällig (siehe § 7 Abs. 2 b)). Wenn Sie mehrere Monatsbeiträge im Voraus zahlen, erhalten Sie einen Nachlass wie folgt:

- 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 dienende 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 Gutscheins, 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 6 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) 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 Schuldens. 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) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

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 unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und 194 Abs. 1 Satz 3, 206 Abs. 1 Satz 1 VVG. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

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

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung zehn Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Abs. 6 VVG kündigen.

Bei einer Krankheitskostenversicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG dient, setzt die Kündigung 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 Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Abs. 1 bis 3 gilt entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung des Rechtes auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform (siehe § 26 Abs. 1 Satz 2 und 3).

§ 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) 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.

(2) 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.

(3) 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. 1 übergegangenen Anspruch nur geltend machen, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(4) Abtretung von Bereicherungsansprüchen

Steht Ihnen ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, ist Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Abs. 1 bis 4 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. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel auf die Mindestversicherungsdauer angerechnet.

Im Tarif mit Tarifbedingungen kann geregelt sein, dass der Tarif befristet ist.

(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 und 2 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 Versäumnen 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 Altersrückstellung 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, Selbstbeteiligung oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen nach §§ 30, 31

Erhöhen wir den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag 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 Erhöhung des Beitrages, einer betragsmäßig festgelegten Selbstbeteiligung oder eines vereinbarten Risikozuschlages 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 Versicherungsverhältnis 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) Ordentliches Kündigungsrecht
 Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht
 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die außerordentliche Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) 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.

§ 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 Beitragszuschlag 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 höchststrichterliche 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 Vertragszweckes 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 Beihilfeanspruch, 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 Berechnungsgrundlagen 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, ohne Leistungsabschlüsse 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.

Erfolgt die Versicherung des Neugeborenen unter diesen Voraussetzungen, besteht für das Neugeborene ab Geburt Versicherungsschutz im vertraglichen Umfang auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

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 und 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II – Tarife mit Tarifbedingungen

Tarife 740, 741 für zahnärztliche Heilbehandlung Einzelversicherung B3 51 232

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I – Allgemeine Bedingungen) – B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozeentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Welche Wartezeiten sind vereinbart und wann entfallen sie?
- § 5 Was gilt bei Wegfall der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung?
- § 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?

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

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozeentsätze gelten?

Nachstehende Aufwendungen werden mit den tariflichen Sätzen erstattet.

(1) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays, auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

b) Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen, auch über die Höchstsätze der GOZ und GOÄ hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

c) In der Bundesrepublik Deutschland werden bei stationärer oder teilstationärer zahnärztlicher Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage erstattet.

(2) Erstattungsprozeentsätze

Die Aufwendungen werden mit nachstehenden Prozentsätzen erstattet:

Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays:

Tarif 740 – 75%

Tarif 741 – 100%

Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen:

Tarif 740 – 50%

Tarif 741 – 75%

(3) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den

dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

b) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland
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. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind sowie zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

(1) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen), chirurgische Leistungen des Zahnarztes, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, professionelle Zahnreinigung sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe Abs. 3), Brücken, Stützzähne und Kronen bzw. Teilkronen (siehe Abs. 4).

(2) Zahnprophylaxe

Als Zahnprophylaxe gelten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt B der GOZ.

(3) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

(4) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stützzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahn), implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Als Zahnersatz gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe Abs. 3).

(5) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)