

DEMA Zahnzusatzversicherung Exklusiv

Für die nachstehend aufgeführten Personen wird der Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung (Dent 90E oder Dent90+E) bei der ARAG Krankenversicherungs-AG beantragt. Eine Versicherung nach Tarif Dent90E oder Dent90+E ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip im zahnärztlichen Versorgungsbereich gewählt wurde.

Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Beruf	
PLZ, Ort		Telefon	
Versicherungsbeginn (00:00 Uhr) 01.	maximal 6 Monate im voraus möglich	E-Mail	

Zahlungsweise:

jährlich 4% Skonto 1/2jährlich (2% Skonto) 1/4jährlich monatlich

Ich wünsche eine widerrufliche Abbuchung meiner Beiträge

zum 1. eines Monats zum 15. eines Monats

SEPA Lastschriftmandat (Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt):

Gläubigeridentifikation: DE70ZZZ00000009476

Ich ermächtige die ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der erste SEPA-Lastschrifteinzug spätestens fünf Geschäftstage zuvor angekündigt wird. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN		BIC	
Name des Kreditinstituts	Ort	Datum	Unterschrift des/der Kontoinhaber/in
Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o.g. Kontoinhaber ist. Name, Straße und Hausnummer, Land, Postleitzahl und Ort			Unterschrift nur vom Kontoinhaber möglich

Zu versichernde Person 1

Tarife und Beiträge Dent90E Dent90+E

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) sowie Anschrift, wenn abweichend vom Antragsteller	Angehörigenstatus zum Antragsteller	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler	Derzeit ausgeübter Beruf	monatlicher Tarifbeitrag	monatlicher Zuschlag	
		EUR	EUR	

Zu versichernde Person 2

Tarife und Beiträge Dent90E Dent90+E

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) sowie Anschrift, wenn abweichend vom Antragsteller	Angehörigenstatus zum Antragsteller	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler	Derzeit ausgeübter Beruf	monatlicher Tarifbeitrag	monatlicher Zuschlag	
		EUR	EUR	

Zu versichernde Person 3

Tarife und Beiträge Dent90E Dent90+E

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) sowie Anschrift, wenn abweichend vom Antragsteller	Angehörigenstatus zum Antragsteller	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler	Derzeit ausgeübter Beruf	monatlicher Tarifbeitrag	monatlicher Zuschlag	
		EUR	EUR	

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Es ist wichtig, dass Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Wir dürfen gemäß Gendiagnostikgesetz weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages genetische Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch ist es uns untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse bzw. Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Sie sind jedoch verpflichtet, bestehende Erkrankungen und Vorerkrankungen anzugeben – unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die ausführlichen Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Diese finden Sie auf der nachfolgenden Antragsseite unter „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Fragen an die zu versichernden Personen	Person 1		Person 2		Person 3	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. Sind Sie bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. a) Finden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgung, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen statt oder sind solche notwendig, vom Zahnarzt empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
b) Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
c) Wie viele Zähne fehlen bei Ihnen und sind nicht ersetzt (ohne Milch-/Weisheitszähne, einen vollständigen Lückenschluss müssen Sie nicht als fehlenden Zahn angeben) und/oder wie viele Ihrer Zähne sind durch Prothesen ersetzt (herausnehmbarer Zahnersatz)?	** Anzahl	<input type="checkbox"/> keine	** Anzahl	<input type="checkbox"/> keine	** Anzahl	<input type="checkbox"/> keine
** Wenn die Fragen 2. a und 2. b mit "nein" beantwortet werden und einer zu versichernden Person 1–3 Zähne fehlen und/oder diese durch eine Prothese ersetzt sind, erklären Sie sich mit einem Beitragszuschlag von 20 Prozent je Zahn einverstanden. Ab vier Zähnen ist eine Annahme nicht möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mit dem Beitragszuschlag nicht einverstanden sind oder die Frage 2. a und/oder 2. b mit „ja“ beantwortet haben, gilt bei 1–3 Zähnen folgende Vereinbarung: Für die bei Antragstellung fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) und allen hiermit zusammenhängenden Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.

Vereinbarungen zu den Fragen 2. a und 2. b

* Frage 2. a wurde mit „ja“ beantwortet:

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgungen sowie kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen, die bei Antragstellung der zu versichernden Person

- bereits begonnen haben oder
- bereits notwendig oder beabsichtigt waren bzw. vom Zahnarzt bereits empfohlen worden sind.

* Frage 2. b wurde mit „ja“ beantwortet:

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle parodontalen Erkrankungen und alle darauf zurückzuführenden Zahnbehandlungen sowie Zahnersatzversorgungen.

* Frage 2. a und/oder Frage 2. b wurde mit „ja“ beantwortet:

Abweichend von Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten folgende summenmäßige Begrenzungen:

Tarif	Dent90E	Dent90+E
im ersten Kalenderjahr	500 €	500 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 €	1.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 €	1.500 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 €	2.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	2.500 €	2.500 €

Ab Beginn des sechsten Kalenderjahres leisten wir unbegrenzt.

Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (**nicht Zutreffendes bitte streichen**).

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (**nicht Zutreffendes bitte streichen**). Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die zu erstattenden Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Nähere Informationen zum Widerrufsrecht finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10. Eine ausführliche Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.

Datenschutzhinweise

Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise und die der Dienstleisterliste finden Sie auf ARAG.de unter der Rubrik Datenschutz.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die ARAG Krankenversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ARAG Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG (unter 2.),
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.)

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Diese wichtigen Erklärungen einschließlich zusätzlicher Informationen finden Sie auf den nachfolgenden Seiten im Antrag mit folgender Gliederung:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG
 - 2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen ab. Des Weiteren bestätigen Sie, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben. Ferner geben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ ab. Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages. Auch haben Sie die übrigen Hinweise auf den nachfolgenden Seiten des Antrages zur Kenntnis genommen.

Unterschriften

1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzliche Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzliche Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)
3. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzliche Vertreter	zusätzlich: 3. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens aber Vollendung des 16. Lebensjahres.

Empfangsbestätigung

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (**nicht Zutreffendes bitte streichen**):

- Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Versicherteninformationen),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III,
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht),
- Datenschutzhinweise,
- Beratungsdokumentation.

Unterschriften

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift Vermittler	Vermittler Nr.
-----	-------	----------------------------	-------------------------	----------------

Sie haben die "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" erhalten und zur Kenntnis genommen.

Unterschriften

1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzliche Vertreter	zusätzlich: 1. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)
2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzliche Vertreter	zusätzlich: 2. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)
3. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzliche Vertreter	zusätzlich: 3. zu versichernde gesetzlich vertretene Person*)

*) bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens aber Vollendung des 16. Lebensjahres.

Beratungsdokumentation zum Gespräch vom

Angaben gemäß § 42 b,c VVG

Ihre Beratung erfolgt durch

Datum

Mandant

Ich wünsche eine anlassbezogene Beratung zum Thema

Haben Sie als Mandant auf Nachfrage zum Beratungsthema konkrete Wünsche mitgeteilt?

nein ja

Bedarfsermittlung

Beratungsergebnis:

Ihr Berater empfiehlt aus den o.g. Gründen den Abschluss einer:

Der Mandant folgt der Empfehlung:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Der Mandant folgt der Empfehlung aus folgenden Gründen nicht:

Anbieterempfehlung

Empfohlen wird das Produkt mit dem Risikoträger: _____

Gründe für die Produktauswahl

Grundlage der Produktempfehlung

Anwesende / Beratungsort

Ort, Datum

Unterschrift Mandant

Unterschrift Kooperationspartner



DEMA ZAHNZUSATZ EXKLUSIV DAS KONZEPT MIT OSTEOPATHISCHEN LEISTUNGEN

LEISTUNGEN DER DEMA ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

- **erstklassiger Schutz zu fairen Preisen**
- **exklusiv mit osteopathischen Maßnahmen**
- **keine** Wartezeiten – bei Neuabschluss
- Versicherungsjahr = Kalenderjahr
- **verbesserte Leistungen** bei Parodontose- und Wurzelbehandlung
- Leistungen auch über den **3,5-fachen Satz** der Gebührenordnung (bei medizinischer Notwendigkeit)
- Mitversicherbarkeit von **schmerzstillenden Maßnahmen** wie Akupunktur, Hypnose oder Lachgassedierung

DEMA ZAHNZUSATZ – TARIFE IM ÜBERBLICK

Keine Wartezeiten

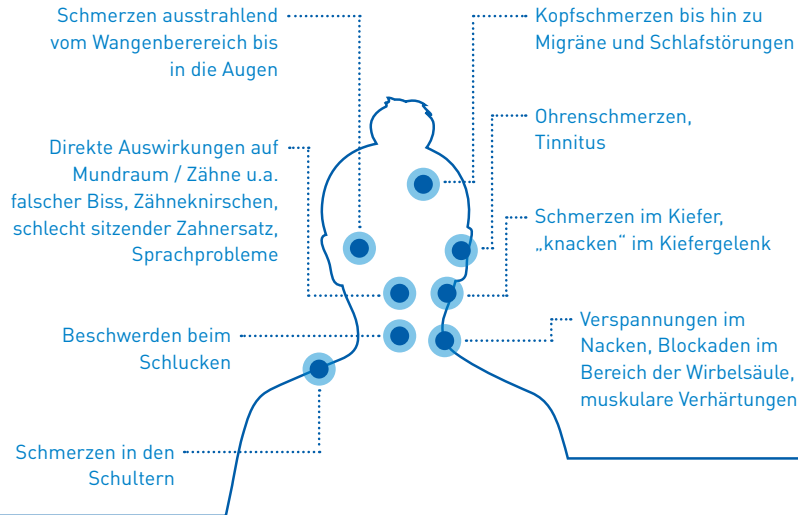
*Beim erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs entfallen die Wartezeiten für die zu versichernde Person.

DIESE LEISTUNGEN SIND VERSICHERT	DENT90E	DENT90+E
Professionelle Zahnreinigung für Personen ab 18 Jahren	max. 2 x100 € jedoch insgesamt max. 160 € pro Kalenderjahr	max. 2 x100 € jedoch insgesamt max. 160 € pro Kalenderjahr
Zahnbehandlung inklusive Leistung der Krankenkasse (z. B. Füllungen oder Parodontosebehandlungen)	100 %	100 %
Wurzelbehandlung Zusätzlich zur Kassenleistung fallen Mehrkosten an. Diese übernehmen wir zu:	100 %	100 %
Behandlung auf Kassenniveau ist nicht möglich. Die privatärztliche Rechnung übernehmen wir zu:	100 %	100 %
Behandlung auf Kassenniveau ist möglich, erfolgt aber privatärztlich. Die privatärztliche Rechnung übernehmen wir zu:	50 %	50 %
Zahnersatz und Inlays inklusive Leistung der Krankenkasse (z. B. Krone, Brücke, Implantat)	80 % (90 % mit Bonusheft)	90 %
Verblendung	bis einschließlich Zahn 6	bis einschließlich Zahn 6
Kieferorthopädie bei Kindern KIG 1-2: leichte bis mittlere Fehlstellungen	80 %	90 %
KIG 3-5: ausgeprägte bis extrem starke Fehlstellungen. Fallen zusätzlich zur Kassenleistung Mehrkosten an, übernehmen wir diese zu:	80 % max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	90 % max. 1.500 € während der Vertragslaufzeit
Kieferorthopädie bei Erwachsenen	90 % bei Unfall	90 % bei Unfall
Schmerzlindernde Maßnahmen z. B. Vollnarkose, Hypnose, Akupunktur, Lachgassedierung	–	max. 250 € pro Kalenderjahr
Osteopathische Maßnahmen aufgrund von Störungen der Kiefergelenksfunktion (z. B. Knirschen, Pressen, craniomandibuläre Dysfunktion)	max. 200 € in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren	max. 200 € in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren

OSTEOPATHIE BEI EINEM ZAHNTARIF?

Mehr als drei Gründe, warum Osteopathie eine sinnvolle Exklusiv-Leistung für einen Zahntarif ist:

- Viele „Volksleiden“ wie Kopfschmerzen oder verhärtete Nackenmuskulatur können Symptome einer **Kieferfehltstellung** oder Folge von **Zähneknirschen*** sein.
- Diese lassen sich durch gezielte osteopathische Maßnahmen lindern oder sogar beheben.
- Dort setzen unsere Zahnzusatztarife mit dem **exklusiven Feature „Osteopathie“** an.



* Laut einer aktuellen Studie der Bundeszahnärztekammer knirscht jeder Zweite ab und an, jeder Fünfte sogar regelmäßig.

VORTEILHAFTE ZAHNSTAFFEL VERSICHERUNGSJAHR = KALENDERJAHR

ZAHNSTAFFEL / SUMMENBEGRENZUNGEN (ENTFALLEN BEI UNFALL)	DENT90E / DENT90+E
1. Kalenderjahr	1.000 €
1. – 2. Kalenderjahr	2.000 €
1. – 3. Kalenderjahr	3.000 €
1. – 4. Kalenderjahr	4.000 €
1. – 5. Kalenderjahr	5.000 €

KOSTENEINSPARUNG MIT DEN DENT90-TARIFEN DER DEMA

Beispielrechnung in Euro

ZAHNERSATZVERSORUNG DURCH:	FÜLLUNG	KRONE	IMPLANTAT
Gesamtkosten	120 €	820 €	3.370 €
Das zahlt die Krankenkasse	50 €	295 €	508 €
Ihr Eigenanteil ohne Versicherung	70 €	525 €	2.862 €
Das zahlt der Tarif Dent90E	70 €	361 €	2.188 €
Ihr Eigenanteil mit Dent90E	0 €	164 €	674 €
Das zahlt der Tarif Dent90+E	70 €	443 €	2.525 €
Ihr Eigenanteil mit Dent90+E	0 €	82 €	337 €

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie den nachstehenden Informationen entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind 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.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz 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.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt.

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 Gefahrabsicherung 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 Vertragsschluss. 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. 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 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 Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ihre ARAG Krankenversicherungs-AG

Wichtige Erklärungen zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Teil I“

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragsservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon + 89 4124-8200, service@ARAG.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Maklerverwaltungsprogrammen, Betreiber von Vergleichssoftware), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.



Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Information der versicherten Person weitergeben.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München
Telefon: 089 4124 02
Telefax: 089 4124 9525
E-Mail: Service@ARAG.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@ARAG.de

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden.** Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.ARAG.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der ARAG Krankenversicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur:

- Risiko- und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ARAG-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsforschung,
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen- und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.ARAG.de/datenschutz zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie persönlich betreuenden Vermittler und betreuende Geschäftsstelle, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragsverarbeiter und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister.

Die Microsoft Ireland Operations Limited stellt uns im Rahmen einer Auftragsverarbeitung insbesondere die Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure zur Verfügung. Hierbei ist eine Datenspeicherung auf Servern in Europa vertraglich vereinbart.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.ARAG.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Postanschrift

Postfach 1349

91504 Ansbach

Telefon: +49 (0) 981 180093-0

Telefax: +49 (0) 981 180093-800

E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. Anfrage zu Vorversicherungszeiten) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten, früheren Versicherer erfolgen.

Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Bei Beantragung einer Krankheitskosten-Vollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung fragen wir bei einer Wirtschaftsauskunftei (z.B. infoscore, SCHUFA, Bürgel, Creditreform) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten in ein Drittland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.ARAG.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ferner vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Entscheiden wir vollautomatisiert über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen, basiert unsere Entscheidung auf den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen, auf den von uns verarbeiteten Gesundheitsdaten, sowie auf den gebührenrechtlichen Entgeltregelungen der ambulanten und stationären Leistungserbringer. Geben wir Ihrem Leistungsantrag nicht in vollem Umfang statt, haben Sie das Recht auf Überprüfung der vollautomatisierten Entscheidung durch einen Sachbearbeiter der ARAG-Krankenversicherungs-AG.

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns



I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE | 4. Vif GmbH |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. InterLloyd Versicherungs-AG |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG | |

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	Microsoft Ireland Operations Limited	Insbesondere Bereitstellung der Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure. (Die Datenspeicherung auf Servern in Europa ist vertraglich vereinbart.)	ja
	Paragon Customer Communications Weingarten GmbH	Druck und Versand	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
1. + 2.	Denkpark GmbH	Bereitstellung einer digitalen Kommunikationsplattform	nein
außer 4.	Rhenus Data Office GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
ARAG SE	Swiss Post Solutions GmbH	Leistungs- und Vertragsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA Customer Service Germany GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	compass private pflegeberatung GmbH	Pflege Assistance	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	nein
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja
	innovas GmbH	Pflegesachbearbeitung	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	PAV Card GmbH	Produktion von Druckstücken	nein
	Swiss Post Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Leistungs- und Vertragsbearbeitung	ja
	WDS.care GmbH	Pflege Assistance	ja

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Interlloyd Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In-/Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien/ Postversender	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug, Regressverfahren	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Anbieter für Telediagnostik und Teletherapie	Einschätzung der Erkrankung des Tieres	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragsbefreiung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Dienstleisterliste der ARAG“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München
E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: +49(0)89/4124-9525.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des in der Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung unter Ziffer 5 ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der

Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

– Ende der Widerrufsbelehrung –

Wichtige Hinweise, Erläuterungen und Vertragsgrundlagen

Bedeutung der Antragsfragen

Der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie die Angaben richtig und vollständig beantworten. Ich bin mir bewusst, dass ich bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben meinen Versicherungsschutz gefährde, da der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte vom Vertrag zurückerlösen bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen kann.

Datenschutz

Die Sicherheit Ihrer Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir beachten bei der Speicherung und Übermittlung die datenschutzrechtlichen/gesetzlichen Vorgaben. Die DEMA darf zum Zwecke der Auswertung und zur Beratung in Versicherungsangelegenheiten sowie zur Qualitätskontrolle/-verbesserung meine personenbezogenen Daten – soweit erforderlich – an nachstehende Dritte elektronisch und postalisch übermitteln:

- Versicherungsunternehmen und deren Bevollmächtigte
- mit der DEMA vertraglich verbundene Vermittler und Servicegesellschaften, insbesondere die GWVS mbH, die TELIS FinancialServicesHolding AG und die TELIS Verwaltung GmbH
- Auskunftsteilen zur Bonitätsprüfung
- Spezialmakler, Maklerpools und Abwicklungsplattformen (z. B. auch Vergleichsprogramme)

Die Daten dürfen von diesen Dritten zum genannten Zweck der Vermittlung/Beratung elektronisch gespeichert und digital weiter verarbeitet werden. Voraussetzung für die Übermittlung meiner Daten an einen Empfänger der vorstehenden Kategorie und deren Speicherung/weiteren Verarbeitung ist, dass dies entweder zur Herbeiführung des Vertragsschlusses, der Erzielung verbesserter Konditionen, der Qualitätskontrolle/-verbesserung, Antragsprüfung oder dem Erhalt erforderlicher Auskünfte dient. Ihre Daten werden solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung der vereinbarten Dienstleistung und ggf. zur Betreuung der vermittelten Verträge notwendig ist oder ein gesetzlicher Grund für die Speicherung besteht.

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: datenschutzbeauftragter@dema-makler.de, Tel. 0941/6022800, Ziegetsdorfer Str. 118, 93051 Regensburg. Sie haben außerdem ein Beschwerderecht bei der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sie haben das Recht, Auskunft über die gespeicherten Daten zu erhalten und ein Recht auf Berichtigung Ihrer Daten. Sie haben das Recht, die uns überlassenen Daten, sich oder einem Dritten übertragen zu lassen.

Möglichkeit des Widerrufs:

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an:

DEMA Deutsche Versicherungsmakler AG, Ziegetsdorfer Straße 118, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/6022-800, Fax: 0941/60224800, E-Mail: service@dema-makler.de

Eine Verweigerung der Einwilligung bzw. deren Widerruf kann dazu führen, dass die angefragte Beratungs-/Vermittlungsleistung nicht erbracht werden kann und eine Folgebetreuung abgeschlossener Verträge nicht mehr gewährleistet ist. Im Falle eines Widerrufs reduziert sich die Datenspeicherung und/oder Übermittlung auf den zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten notwendigen Umfang. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Eingang des Widerrufs erfolgten Datenverarbeitung bleibt davon unberührt. Sie haben das Recht auf Löschung Ihrer Daten oder Einschränkung der Verarbeitung, wenn die Daten für die Zwecke, für die sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind und keine anderweitige Rechtsgrundlage für die Verarbeitung besteht.

Einwilligungsklausel

Ich willige ein, dass der Versicherer bzw. dessen Bevollmächtigte Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten bezieht und nutzt. Weiterhin willige ich ein, dass der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte Daten, die zur Beurteilung des Risikos erforderlich sind, beim Vorversicherer erfragt.

Vertragsgrundlagen

Antrag zum Deckungskonzept VitalProtect

Vertragsgrundlagen zur Zahnzusatzversicherung Exklusiv (Stand: 01.2024)

Versicherer

ARAG Krankenversicherungs-AG Hollerithstraße 11 81829 München

Bei den gemachten Angaben handelt es sich um Auszüge! Den genauen Wortlaut des Versicherungsumfangs entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen!

Zahn-Zusatzversicherung Dent90E

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif Dent90E

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung.



Was ist versichert?

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

- ✓ 100 % für Zahnbehandlung.
- ✓ 50 % für privat abgerechnete Wurzelbehandlung trotz GKV-Anspruch.
- ✓ 2 x 80 Euro p.a. für professionelle Zahnreinigung einschließlich prophylaktischer Leistungen, ab Alter 18.
- ✓ 100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung).
- ✓ 80–90 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen; 90 % bei Nachweis über mindestens 5 Jahre Vorsorge.
- ✓ 80–90 % für Inlays; 90 % bei Nachweis über mindestens fünf Jahre Vorsorge.
- ✓ 80 % für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche bis Alter 18 wenn GKV nicht leistet.
- ✓ 80 % max. 1.000 Euro der Mehrleistungen für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche bis Alter 18 wenn GKV leistet.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie für Erwachsene ab Alter 18 wenn aufgrund eines Unfalls notwendig.
- ✓ 100 % für Osteopathie bei Kiefergelenksstörungen max. 200 Euro in zwei Kalenderjahren

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende. Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs beim Versicherer entfallen die Wartezeiten für Tarif Dent90E für die versicherte Person.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Zahn-Zusatzversicherung Dent90+E

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif Dent90+E

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung.



Was ist versichert?

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

- ✓ 100 % für Zahnbehandlung.
- ✓ 50 % für privat abgerechnete Wurzelbehandlung trotz GKV-Anspruch.
- ✓ 2 x 80 Euro p.a. für professionelle Zahnreinigung einschließlich prophylaktischer Leistungen, ab Alter 18.
- ✓ 100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung).
- ✓ 90 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen.
- ✓ 90 % für Inlays.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche bis Alter 18 wenn GKV nicht leistet.
- ✓ 90 % max. 1.500 Euro der Mehrleistungen für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche bis Alter 18 wenn GKV leistet.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie für Erwachsene ab Alter 18 wenn aufgrund eines Unfalls notwendig.
- ✓ 100 % für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen, max. 250 Euro p.a.
- ✓ 100 % für Osteopathie bei Kiefergelenksstörungen max. 200 Euro in zwei Kalenderjahren

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende. Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs beim Versicherer entfallen die Wartezeiten für Tarif Dent90+E für die versicherte Person.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



ARAG Zahn-Zusatzversicherung Bedingungsheft Unisex

Tarife Dent90E und Dent90+E

Stand 1.2024

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2013).....4

Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2013

Tarif Dent90E und Dent90+E: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte25

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.....29

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

Der Versicherungsschutz

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- in der Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - in der Krankenhaustagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wag-nis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

- (1) **Als Versicherungsfall gelten auch**
 - a) Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen;
 - b) jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.
- (2) In Abweichung zu Teil I Absatz 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.
- (3) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 5 genannten Staaten gleichgestellt.
- (4) **Versicherung für zahnärztliche Behandlung**
Der Abschluss einer Versicherung für zahnärztliche Behandlung ist nur für Personen möglich, für die beim Versicherer eine Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung bereits besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird. Die Versicherung für zahnärztliche Behandlung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem für die versicherte Person keine Versicherung mehr für ambulante oder stationäre Heilbehandlung besteht.
- (5) Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt die Vorschrift des Teil I Absatz 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Absatz 1.
- (6) Der Versicherer ermöglicht im Rahmen der gesetzlichen Regelungen innerhalb der Leistungsstufen der Komfort-Klasse (K0 bis K1500) sowie innerhalb der Leistungsstufen 200 bis 209, 210 und 21P70 bis 21P90 der Tarife für ambulante Heilbehandlung den flexiblen Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehaltstufen ohne erneute Risikoprüfung. Im Falle einer Reduzierung des Selbstbehalts gelten die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu.
- (7) Bei Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht die Möglichkeit, den während einer Elternzeit reduzierten Versicherungsumfang nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang zu erhöhen – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zu beantragen und erfolgt zum Ersten des Monats, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.
- (8) In Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist Versicherungsfähigkeit nur dann gegeben, wenn für die betreffende versicherte Person gleichzeitig keine Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

- (1) **Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.**

- (2) **Abweichend von Teil I Absatz 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.**

§ 3 **Wartezeiten**

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**
- (2) **Für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. beträgt die Wartezeit drei Monate.**
- (3) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.**
- (4) **In Ergänzung zu Teil I Absatz 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeld-Versicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, angerechnet.**
- (5) **In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 und 2 entfallen bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherten die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß. Teil I Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.**

§ 4 **Umfang der Leistungspflicht**

Teil I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zu-

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

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- (1) **Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.**
- (2) **Tarife für ambulante Heilbehandlung**
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. **Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker**
 - a) In Deutschland gehören hierzu ärztliche Leistungen (wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren) durch niedergelassene und approbierte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V und durch Ärzte in Krankenhausambulanzen. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erstattungsfähig sind ferner Leistungen von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Abrechnungsgrundlage ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.
 - b) Werden die unter Buchstabe a) genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
 - c) Aus Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht, sind einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operation) bis zu 1.000 Euro je Auge erstattungsfähig.
2. **Arznei- und Verbandmittel.** Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.
3. **Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.**
4. **Heilmittel wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie, soweit diese durch staatlich geprüfte Angehörige entsprechender Heilberufe angewandt werden.** Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.
5. **Hilfsmittel**
 - a) **Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um eine körperliche Behinderung zu mildern, zu heilen oder auszugleichen.** Das Hilfsmittel muss in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden. Es ist eine ärztliche Verordnung – auf Verlangen des Versicherers mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität – vorzulegen. Das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbe-

trags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.

Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die Kostenerstattung für Neuanschaffung, Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.

- b) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten für Sehhilfen nachstehende Regelungen:
Erstattungsfähig sind Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro und Brillengläser. Ein erneuter Anspruch entsteht, wenn sich die Sehstärke zumindest eines Auges seit dem letzten Bezug um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug mindestens 24 Monate vergangen sind. Nah- und Fernbrillen werden dabei gesondert betrachtet. Die Aufwendungen für Reparaturen sind ebenfalls erstattungsfähig.
Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.
6. Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.
7. Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
 - b) Ärztliche Leistungen und Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspfleger bei einer Hausentbindung.
 - c) Ambulante Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger.
 - d) Es sind die Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik bis zu einem Betrag von insgesamt 100 Euro erstattungsfähig. Die Beratung und Unterstützung der Mutter durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld ist in den ersten zehn Tagen nach der Geburt des Kindes versichert, wobei der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf insgesamt 500 Euro begrenzt ist. Ab dem elften Tag bis zu acht Wochen nach der Entbindung sind Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspfleger bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 Euro erstattungsfähig, wenn diese medizinisch notwendig sind. Es ist auf Verlangen des Versicherers eine ärztliche Begründung vorzulegen. Es werden nur Kostennoten auf Basis der jeweils gültigen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) akzeptiert.
 - e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen und approbierten Arzt bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird, jedoch aus allen versicherten Tarifen insgesamt für höchstens 50 Behandlungsstunden im Kalenderjahr. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
11. Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zur Behandlungspflege gehören zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Vom Begriff der Behandlungspflege nicht erfasst werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.
Die Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer und sind auf vier Wochen je Versicherungsfall befristet. Leistungen von anderen Kostenträgern, zum Beispiel der Pflege-Pflicht- oder Pflege-Zusatzversicherung, sind anzurechnen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
12. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

13. Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.

Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in Ziffer 8. genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.

(3) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung. Sofern der Tarif es vorsieht, ist die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer möglich.
2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen zum Beispiel durch Chefarzte und andere Krankenhausärzte oder Belegärzte. Abrechnungsgrundlage ist bei Behandlungen in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in bestimmten Fällen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Arznei- und Verbandmittel. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (zum Beispiel Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
5. Versorgung mit Heilmitteln wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.
6. Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
7. Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Aufwendungen für Entbindung einschließlich der Leistungen von Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspflegern und Belegentbindungspflegern. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
 - b) Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett.
 - c) Aufwendungen für Schwangerschaftskomplikationen und Bauchhöhlenschwangerschaft.
 - d) Aufwendungen für Fehlgeburt.
 - e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.

8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
10. Kosten, die während eines Auslandsaufenthalts durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport eines Erkrankten in ein Krankenhaus in Wohnortnähe bzw. ein anderes geeignetes Krankenhaus in Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
12. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
13. In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn
 - a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
 - b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war,
 - c) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, oder
 - d) er bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte feststellt, dass er bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben hätte.
14. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Abgedeckt sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
15. Bei notwendigem stationärem Hospizaufenthalt wird die Leistung erbracht, die von der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland erbracht würde. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen begrenzt. Verlängerungen sind auf Antrag des Hospizarztes möglich. Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
16. Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(4) Tarife für zahnärztliche Behandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzt. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder gegebenenfalls die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für
 - a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
 - b) prophylaktische Leistungen wie Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose (jedoch ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr), Kariesvorbeugung durch lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten sowie professionelle Zahnreinigung,
 - c) konservierende Leistungen (zum Beispiel Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
 - d) chirurgische Leistungen (zum Beispiel Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
 - e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
 - f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
 - g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
 - h) die zu den Leistungen gemäß 1 a) bis 1 g) gehörigen Material- und Laborkosten.
 - i) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendun-

gen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für
 - a) Kronen und Teleskopkronen sowie Onlays,
 - b) prothetische Leistungen (wie Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
 - c) implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen,
 - d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung),
 - e) die zu den Leistungen gemäß 2 a) bis 2 d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
 - f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.
Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(5) Tarife für Krankenhaustagegeld

1. Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen.
2. Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
3. Bei stationärer Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
4. Bei einer ärztlich angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird vom sechsten Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.
5. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
6. Teil II Absatz 3 Ziffer 13. gilt entsprechend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für 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;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) (entfallen);
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22. 12. 2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Auf-

wendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

- (1) **Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Absatz 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.**
- (2) **Entgiftungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Absatz 1 b) aufgeführten Einschränkungen. Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) werden abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12. und Absatz 3 Ziffer 14. geschilderten Rahmen vom Versicherungsschutz erfasst.**
- (3) **Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 e) entfällt.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil II

- (1) **Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.**
- (2) **Für die Auszahlung des Krankenhaustagegelds genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.**
- (3) **Krankenausweis**
Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (Teil I Absatz 6) insoweit nicht.
- (4) **Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, 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.**

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsanteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 Prozent des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungs-

schutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II

- (1) **Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 Prozent bei halbjährlicher bzw. 4 Prozent bei jährlicher Beitragszahlung.**
- (2) **Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.**
- (3) **Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.**
- (4) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.
- (5) **Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.**

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II

- (1)
- 1. Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
 - 2. Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
 - 3. Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**
- (2) **Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.**

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigen-

der Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

- (1) **Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.**
- (2) **Bei Krankenhauskostentarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankenhaustagegelder und Mindestleistungen möglich ist.**

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

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

Teil II

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung gemäß Teil I Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Teil I Absatz 5 bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur

Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung

wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags (§ 195 Absatz 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.**
- (4) **Bei Kündigungen nach Teil I Absatz 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.**
- (5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**
- (6) **Teil I Absatz 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswerts beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

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

Teil II

Die in Teil I Absatz 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit gilt nicht für Krankheitskosten-Teilversicherungen.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

- (1) **Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarifen für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen (GKV)**
Die Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung. Der Nachweis über die Veränderung muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers, in dem die versicherte Person versicherungsfähig ist, kann in Textform beantragt werden.
- (2) Entsprechend § 1 Teil II Absatz 3 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 3 betroffenen Staaten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskosten-Versicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2 a und 2 b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Absatz 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder -Vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (...)
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskosten-Versicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(...)

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(...)

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
 - (...)
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(...)

§ 153 Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) (...)
- (1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.
- (...)

§ 257 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (1) (...)
- (2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aufgrund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

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

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung **Form und Voraussetzungen**

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarifbeschreibung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif Dent90E und Dent90+E: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen Dent90E und Dent90+E ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Dent90E oder Dent90+E abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Die Versicherung nach den Tarifen Dent90E und Dent90+E wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I) sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil II), soweit in dieser Tarifbeschreibung (Teil III) nicht etwas anderes bestimmt ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die GKV abrechnet. Wird stattdessen nur eine reine Privatrechnung erstellt, ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht aus den Tarifen Dent90E und Dent90+E kein Leistungsanspruch (Ausnahme ist der tarifliche Leistungsbereich 2. a) 3. reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung).

Ferner sind erstattungsfähig Aufwendungen für osteopathische Behandlungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 der AVB (siehe tariflicher Leistungsbereich 2.a) 12. Osteopathie).

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind auf Verlangen des Versicherers Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

a) Tarifliche Leistungsbereiche

In nachfolgender Aufzählung sind die erstattungsfähigen tariflichen Leistungsbereiche dargestellt:

1. **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat; eine eventuelle Vorleistung der GKV wird auf die Erstattung angerechnet;
2. **Zahnbehandlung**, gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 1 der AVB. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.
Der Begriff Zahnbehandlung umfasst insbesondere
 - hochwertige Füllungen,
 - Parodontalbehandlung (dies sind zum Beispiel Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Gewebegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation; bei fehlendem Leistungsan-

- spruch gegenüber der GKV wird bei einer Taschentiefe von unter 3,5 mm bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zusätzlich für parodontalchirurgische Therapie geleistet),
- medizinisch notwendige Wurzelbehandlung, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, weil keines der von der GKV definierten Kriterien (zum Beispiel Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe) gegeben ist;
 - Mehrkosten für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV (mit Vorleistung der GKV); dies sind zum Beispiel das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam, elektronische Längenmessung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden sowie der Laser- und Mikroskopzuschlag.

Nicht unter den Begriff Zahnbehandlung im Sinne dieser Ziffer fallen hingegen

- professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen (siehe vorherige Ziffer 1),
 - Leistungen für Wurzelbehandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (siehe nachfolgende Ziffer 3) und
 - Inlays (siehe Ziffer 7);
3. reine **Privatrechnung für Wurzelbehandlung** bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (Verzicht auf GKV-Vorleistung);
 4. **Zahnersatz (Regelversorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
 5. **Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige beziehungsweise von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme teilweise oder vollständig privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
 6. **Verblendungen** in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz. Es gilt der Erstattungssatz der zugrunde liegenden Zahnersatzmaßnahme;
 7. **Inlays**. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
 8. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
 9. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
 10. **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**) bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn diese Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (Einstufung in KIG* 3, 4 oder 5), erbracht werden;

* Hinweis zur Kieferorthopädie:

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

11. **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen** wie z.B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmer Schlaf in einer Zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Zahnärztlichen Maßnahme. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
12. **Osteopathie** zur Behandlung von Störungen der Kiefergelenksfunktion (z.B. Knirschen, Pressen, cranio- mandibuläre Dysfunktion). Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

b) Höhe der tariflichen Leistungen

Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Dent90E zuzüglich GKV und Dent90+E zuzüglich GKV). Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt dabei von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV oder handelt es sich um eine reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung gemäß tariflichem Leistungsbereich 2. a) 3., wird somit die Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Dent90E, Dent90+E erbracht. Somit entspricht die tarifliche Leistung der Differenz zwischen der in nachfolgender Tabelle angegebenen Gesamtleistung und der GKV-Leistung.

Die jeweilige Gesamtleistung (inklusive GKV-Vorleistung) ergibt sich gemäß nachfolgender Tabelle:

Die angegebenen Erstattungsprozentsätze verstehen sich als Erstattungssätze einschließlich einer eventuellen GKV-Vorleistung.

Tarifliche Leistungsbereiche gemäß Buchstabe a)	Dent90E	Dent90+E
Professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen gemäß Ziffer 1	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr
Zahnbehandlung gemäß Ziffer 2	100 Prozent	100 Prozent
Privatrechnung für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV gemäß Ziffer 3	50 Prozent	50 Prozent
Zahnersatz (Regelversorgung) gemäß Ziffer 4	100 Prozent	100 Prozent
Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige oder abweichende andersartige Versorgung) gemäß Ziffer 5	80/90 Prozent*	90 Prozent
Verblendungen gemäß Ziffer 6 in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen gemäß Ziffer 4 oder 5 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz für die Zahnersatzmaßnahme	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte
Inlays gemäß Ziffer 7	80/90 Prozent*	90 Prozent
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, gemäß Ziffer 8	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gemäß Ziffer 9	80 Prozent	90 Prozent
Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) gemäß Ziffer 10	80 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 1.500 € während der Vertragslaufzeit
Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gemäß Ziffer 11	–	100 Prozent max. 250 € pro Kalenderjahr
Osteopathie gemäß Ziffer 12	100 Prozent max. 200€ innerhalb zweier Kalenderjahre	100 Prozent max. 200€ innerhalb zweier Kalenderjahre

* Hinweis zur Erstattung von Zahnersatz und Inlays:

Kann der Versicherte, zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so gilt der jeweils höhere ausgewiesene Erstattungsprozentsatz.

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandelnden. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

c) Summenmäßige Begrenzungen der tariflichen Leistung

Die gemäß Buchstabe b) ermittelte tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Dent90E	Dent90+E
im ersten Kalenderjahr	1.000 €	1.000 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	2.000 €	2.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	3.000 €	3.000 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	4.000 €	4.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	5.000 €	5.000 €
ab Beginn des 6. Kalenderjahres unbegrenzt		

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Dent90E/Dent90+E gerechnet.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 3 und § 3 Teil II Absatz 2 der AVB entfallen bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs für die versicherte Person beim Versicherer die Wartezeiten. Gemäß § 3 Teil I Absatz 6 der AVB gelten bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeitregelungen.

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte der Tarife Dent90E und Dent90+E ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 34., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.

