

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil I (Bedingungsteil)
für

**Ergänzungsversicherungen zur
gesetzlichen Krankenversicherung**

**KombiMed Tarife AZM, D50, D85, DBE, DT50, DT85, HMR, NHB,
SHR**

Tarife Zahnersatz ZE50, Zahnersatz ZE85

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

im Folgenden erhalten Sie die Ihrem gewählten Versicherungsschutz zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Die AVB bestehen aus diesem Bedingungsteil (Teil I) und den jeweiligen Tarifen (Teil II) in gesonderten Druckstücken.

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines zu unseren Leistungen

§ 1	Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?	4
§ 2	Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?	4
§ 3	Was ist der Versicherungsfall?	4
§ 4	Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?	4
§ 5	Welche Wartezeiten gibt es und wann beginnen Sie?	5
§ 6	Woraus ergeben sich Art und Höhe der Versicherungsleistungen?	5
§ 7	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	5
	1. Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?	5
	2. Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im europäischen Ausland?	5
	3. Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?	5
	4. Welche Besonderheiten gelten bei den KombiMed Tarifen HMR und SHR?	5
§ 8	Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	6
	1. Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Ist bei ambulanter Psychotherapie eine vorherige Zusage erforderlich?	6
	2. In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	6
	3. Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	7
§ 9	Stationäre Heilbehandlung	7
	Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Psychotherapie oder bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	7
§ 10	Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	7
§ 11	Gibt es Sonderregelungen für Selbstbehalte bei Umwandlung?	7
§ 12	In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	8
§ 13	In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	8
§ 14	Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	8
§ 15	Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	8
§ 16	Wann haben Sie aus den KombiMed Tarifen D50 bzw. D85 einen Anspruch auf eine erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?	8
§ 17	Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?	9
§ 18	Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	9
§ 19	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	9
§ 20	Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen auf Dritte übertragen werden?	10
§ 21	Wann endet der Versicherungsschutz?	10

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 22	Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?	10
	1. Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?	10
	2. Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?	10
	3. Was passiert, wenn die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?	10
§ 23	Wie werden die Beiträge berechnet?	11
§ 24	Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	11
§ 25	Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?	11
§ 26	Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?	11
§ 27	Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?	12

Änderungen des Versicherungsvertrages

- § 28 Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, ein Selbstbehalt oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern? 12
- § 29 Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern? 12
- § 30 Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden? 12

Ende der Versicherung

- § 31 Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es? 12
- § 32 Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es? 13

Sonstige Bestimmungen

- § 33 In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten? 13
- § 34 Wo ist der Gerichtsstand? 13

- Anhang** 14

Allgemeines zu unseren Leistungen

§ 1 Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Bedingungsteil, Teil II Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sofern vereinbart, erbringen wir damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringen wir in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

§ 3 Was ist der Versicherungsfall?

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

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) die Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung/Insemination),
 - c) der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
 - d) eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation,
 - e) gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen),
 - f) weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxeleistungen,
 - g) Tod,
- soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind.

§ 4 Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?

1. Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn). Ab diesem Zeitpunkt werden die Beiträge berechnet (s. § 22).
2. Der tatsächliche Versicherungsschutz setzt mit dem technischen Versicherungsbeginn ein, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (formeller Versicherungsbeginn) insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung durch Sie oder uns und nicht vor Ablauf von Wartezeiten (s. § 5). Der in Satz 1 beschriebene Beginn des Versicherungsschutzes wird auch als materieller Versicherungsbeginn bezeichnet.
3. Für Versicherungsfälle, die vor dem materiellen Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor den technischen Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten (s. § 5) fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Zusätzlich gilt bei Wechsel aus einem Ergänzungstarif mit einem Höchstleistungsbetrag für Kieferorthopädie Folgendes: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes nach Tarif DBE eingetreten sind, haben Sie bei einem Höchstleistungsbetrag im bisherigen Tarif
 - unter 1.500 Euro, höchstens Anspruch auf den Betrag, der im bisherigen Tarif als Höchstleistungsbetrag für Kieferorthopädie aufgeführt ist,
 - ab 1.500 Euro, höchstens Anspruch auf 1.500 Euro.Im bisherigen Tarif eventuell erfolgte Erstattungsleistungen rechnen wir jeweils an.
4. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil bei uns 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. Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
5. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 5 Welche Wartezeiten gibt es und wann beginnen sie?

1. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

Zu Absatz 1

Tarif DBE: es gilt Nr. III.5 AVB Teil II

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

Zu Absatz 2

Tarife DT50, DT85: siehe auch Nr. III.6 AVB Teil II

3. Für die Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten Dauer gemäß den KombiMed Tarifen HMR bzw. SHR gelten von den Absätzen 1 und 2 abweichende Regelungen (s. Nr. I.4.5 AVB Teil II KombiMed Tarif HMR bzw. Nr. I.2.5 AVB Teil II KombiMed Tarif SHR).
4. Die Wartezeiten rechnen vom technischen Versicherungsbeginn (s. § 4) an.
5. Wir können die Wartezeiten für die versicherte Person auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen, wenn Sie uns ein ärztliches Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorlegen.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 6 Woraus ergeben sich Art und Höhe der Versicherungsleistungen?

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif (AVB Teil II) sowie für die dort aufgeführten Versicherungsleistungen ergänzend aus den §§ 7 bis 15.

§ 7 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

1. *Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?*

Bei Aufenthalten im Ausland besteht Versicherungsschutz gemäß den Regelungen der Absätze 2 und 3. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt und Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

2. *Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im europäischen Ausland?*

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

Dies gilt sowohl bei vorübergehenden Aufenthalten als auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas können Sie aber auch verlangen, dass die betreffende Krankheitskostenversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.

3. *Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?*

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss der Aufenthalt wegen medizinisch 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.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis in Bezug auf die betreffende versicherte Person. Sie können jedoch verlangen, dass die Krankheitskostenversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird (s. Absatz 2 Satz 4).

4. *Welche Besonderheiten gelten bei den KombiMed Tarifen HMR und SHR?*

Für die Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten Dauer gemäß den KombiMed Tarifen HMR bzw. SHR gelten von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Regelungen (s. Nr. I.5.5 AVB Teil II KombiMed Tarif HMR bzw. Nr. I.2.5 AVB Teil II KombiMed Tarif SHR).

§ 8 Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1. Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Ist bei ambulanter Psychotherapie eine vorherige Zusage erforderlich?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden, soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind.

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben und ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse

oder

ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, gewählt wird. Die in Satz 3 genannten Voraussetzungen gelten nicht für KombiMed Tarif NHB.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

2. In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet werden.

- 2.1 Arzneimittel müssen zudem aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nach ärztlicher Verordnung und vorheriger schriftlicher Zusage unsererseits sind auch die Aufwendungen für Sondennahrung erstattungsfähig, sofern auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Sonstige Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten auch nicht:

- Empfängnisverhütende Mittel (z.B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate mit Ausnahme von Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze sowie Mineralwässer,

selbst wenn sie vom Behandler verordnet sind.

- 2.2 Als Heilmittel gelten

- a) physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte und medizinische Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind,
- b) Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, wenn sie vom Logopäden, Diplom-Sprachtherapeuten, Sprachheilpädagogen oder Linguisten ausgeführt worden sind.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

2.3 Als Hilfsmittel gelten, soweit im Tarif nicht anders geregelt:

- a) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen), Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Inhalationsgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, orthopädische Maßschuhe (und zwar der Teil der Aufwendungen, der 100 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – übersteigt), orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf). Diese Hilfsmittel können Sie direkt beziehen.
- b) Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Infusionspumpen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Pulsoximeter, Sauerstoffgeräte, Überwachungsmonitore für Säuglinge, und Ähnliches, wenn und soweit wir vor dem Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben. Nach Möglichkeit werden diese Hilfsmittel von uns vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen. Nicht mehr benötigte Hilfsmittel gemäß b) sind auf unser Verlangen an uns herauszugeben.

Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Als Hilfsmittel gelten nicht Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

Zu Absatz 2.3

Tarife HMR bzw. SHR: siehe auch Nr. I.2.1 und I.4.1 AVB Teil II bzw. Nr. I.1.1 AVB Teil II

3. Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der Tarife für ambulante oder stationäre Heilbehandlung sein?

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten in den Tarifen auch dann als Leistungen des Zahnarztes, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind. Sie sind nicht Gegenstand der Tarife für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

§ 9 Stationäre Heilbehandlung

Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Psychotherapie oder bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?

1. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

2. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

Wir können uns auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- a) es sich um einen Notfall handelt;
- b) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert;
- c) bei Tbc-Erkrankungen die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien erfolgt.

§ 10 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Tarif NHB: § 10 gilt nicht, siehe Nr. I.2.1 AVB Teil II

§ 11 Gibt es Sonderregelungen für Selbstbehalte bei Umwandlung?

1. Sonderregelung für Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung zum 1. Januar eines Jahres:

Führt die Umwandlung zur Herabsetzung oder zum Fortfall des SB, dann gilt während der Wartezeiten der SB des bisherigen Tarifs.

2. *Sonderregelung für SB bei Umwandlung zum 1. Februar oder später:*

a) Bei Herabsetzung oder Fortfall des SB:

Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung und während der Wartezeiten bleibt der bisherige SB unverändert. Sieht der neue Tarif einen niedrigeren SB vor, so mindert sich dieser anteilig für jeden fehlenden Monat der Laufzeit um 1/12. Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt höchstens der bisherige SB.

b) Bei Erhöhung des SB:

Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt ein SB, der sich aus anteilig gemindertem bisherigem und anteilig gemindertem neuem SB zusammensetzt. Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt aber der unveränderte bisherige SB-Höchstbetrag.

§ 12 In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?

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;
- c) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach Ihrer Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

§ 13 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen nach dem jeweils national Üblichen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

§ 14 Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?

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

§ 15 Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?

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

§ 16 Wann haben Sie aus den KombiMed Tarifen D50 bzw. D85 einen Anspruch auf eine erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?

- 1. Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherungsnehmer verwendet wird, unter anderem für Zwecke der Beitragsrückerstattung (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
Wir entscheiden jährlich mit Zustimmung des für uns zuständigen unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung der Rückstellung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.
- 2. Abweichend von Absatz 1 dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der versicherten Personen in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

3. Wird für den vereinbarten Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, wenn aus ihrer Versicherung für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen für ambulante und/oder zahnärztliche Heilbehandlung erbracht worden sind (ausgenommen sind ggf. tariflich vorgesehene Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und professionelle Zahnreinigungen (PZR) unter den Voraussetzungen, dass sie in der Rechnung als eigenständige Leistungen ausgewiesen sind und sie nicht im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung durchgeführt worden sind).
- Die weiteren Voraussetzungen für die Auszahlung oder Beitragssenkung sowie Gutschrift von Beitragsteilen bzw. für eine Leistungserhöhung werden von uns festgelegt.

§ 17 Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?

1. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind; die Nachweise werden unser Eigentum.

Zu Absatz 1

Tarife AZM, D50, D85, DT50, DT85, ZE50, ZE85: siehe auch Nr. III.1 AVB Teil II

2. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Wir können den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis die mit den Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.
3. Rechnungen müssen enthalten:
- den Namen der behandelten Person,
 - die Behandlungszeit,
 - die einzelnen Leistungen und
 - die Krankheitsbezeichnungen.

Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der Verordnung einzureichen, Rezepte empfehlen wir zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Folgebezug einer Brille genügt die Angabe des Brechkraftwertes (Dioptrien) in der Optikerrechnung.

4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 VVG (s. Anhang).
5. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform (z.B. per E-Mail) als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
6. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.
- Als Kurs des Tages gilt der offizielle EURO-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Währungen der Welt", 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. Für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Inlandskonto fallen keine Kosten an. Kosten für sonstige Überweisungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 18 Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

1. Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.
2. Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

§ 19 Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

1. Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
- In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
2. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

3. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

§ 20 Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen auf Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Wenn wir mit einer für die versicherte Person ausgehändigten DKV-Card für Privatversicherte die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt garantieren, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 21 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (s. § 7 Abs. 3, § 25 und § 31).

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 22 Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?

1. *Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?*

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person und – bei Erwachsenen und Jugendlichen – nach dem Geschlecht (ausgenommen bei den KombiMed Tarifen DT50, DT85, DBE, HMR und SHR sowie den Tarifen Zahnersatz ZE50 und ZE85) festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom technischen Versicherungsbeginn (s. § 4 Abs. 1) an berechnet. Er kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden (die übrigen Beitragsraten gelten dann jeweils bis zur Fälligkeit als gestundet).

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats.

Fällige Beiträge/Beitragsraten sind an die von uns genannte Stelle zu entrichten.

Zahlen Sie Ihre monatlichen Beitragsraten im Lastschriftverfahren im Voraus, erhalten Sie einen Beitragsnachlass von

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

Die Regelung zum Beitragsnachlass gilt bei den Tarifen ZE50 und ZE85 nur für Zugänge bis zum 20.12.2012.

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

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

2. *Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?*

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

Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn, s. § 4 Abs. 1); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in Tarifen geregelt sind, auf Vertragsmonate abstellen.

3. *Was passiert, wenn der Beitrag / die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?*

- 3.1 Sind Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn Sie den rückständigen Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet haben.

- 3.2 Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie einen Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie in Textform gemahnt, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

- 3.3 Die Mahnkosten haben Sie in nachgewiesener Höhe, mindestens jedoch 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

- 3.4 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. An-

hang) oder durch unsere Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir vom Versicherungsvertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Bearbeitungs- bzw. Geschäftsgebühr verlangen.

§ 23 Wie werden die Beiträge berechnet?

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht (ausgenommen bei den KombiMed Tarifen DT50, DT85, DBE, HMR und SHR sowie den Tarifen Zahnersatz ZE50 und ZE85) und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird bei den KombiMed Tarifen D50 und D85 dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei einer Vertragsänderung für eine versicherte Person ein erhöhtes Risiko (z.B. durch Vorerkrankungen) vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 24 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

1. Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (s. § 17 Abs. 5) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Zu Absatz 4

Tarife AZM, D50, D85, DT50, DT85, ZE50, ZE85 bzw. DBE, HMR, NHB: siehe auch Nr. III.2 bzw. Nr. III.1 AVB Teil II

§ 25 Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?

1. Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 24 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird die in § 24 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, können wir das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. 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 Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 26 Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?

1. Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
2. Sie oder die versicherte Person haben Ihren (hat ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns, soweit erforderlich, mitzuwirken.
3. Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund dieses Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 27 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?

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

Änderungen des Versicherungsvertrages

§ 28 Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, ein Selbstbehalt oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern?

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Versicherungsleistungen z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
2. *(entfallen)*
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbsthalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

§ 29 Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die AVB den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und der für uns zuständige unabhängige 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 Sie folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den AVB durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie von uns durch eine neue Regelung ersetzt werden, 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 Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 30 Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden?

Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die betroffene versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; bei den KombiMed Tarifen D50 bzw. D85 wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (s. § 23 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (s. § 5 Abs. 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 VAG ist ebenfalls ausgeschlossen.

Ende der Versicherung

§ 31 Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?

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

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

2. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
3. Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
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, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Erhöhen wir die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (s. § 28) oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 29 Abs. 1, so können Sie 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 können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
6. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
7. Sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist, verzichten wir auf unser ordentliches Kündigungsrecht.
8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
9. Wir können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
10. Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen gilt Absatz 6 entsprechend.
11. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Sie und die versicherten Personen das Recht, einen von Ihnen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 32 Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?

1. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, es wird auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Vergleichen Sie dazu bitte auch § 7 Abs. 3.
2. Das Versicherungsverhältnis endet im Falle Ihres Todes. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tode abzugeben. Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

Sonstige Bestimmungen

§ 33 In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Textform.

§ 34 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
2. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 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 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

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 Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten 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 Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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