

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil I (Bedingungsteil)
für das

BestMed Tarifsysteem:

BestMed Tarif BM3 (für den Zugang ab 1.1.2012),
BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und
BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3.

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit der Wahl eines Tarifs aus dem BestMed Tarifsysteem – vom gehobenen Basis-Schutz-Niveau bis hin zum hervorragenden Premium-Schutz-Niveau – haben Sie sich für den Ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechenden Versicherungsschutz entschieden.

Im Folgenden erhalten Sie die Ihrem gewählten Versicherungsschutz zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für das BestMed Tarifsysteem.

Die AVB bestehen aus diesem Bedingungsteil (Teil I) und

in gesonderten
Druckstücken: den jeweiligen Tarifen (Teil II)
 sowie den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines zu unseren Leistungen

§ 1	Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?	3
§ 2	Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?	3
§ 3	Was ist der Versicherungsfall?	3
§ 4	Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?	3
§ 5	Gibt es Wartezeiten?	4
§ 6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	4
	1. Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?	4
	2. Welche Besonderheiten gelten bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?	4
	3. Kann die Versicherung bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland fortgeführt werden?	4
§ 7	Wann haben Sie einen Anspruch auf eine erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?	4
§ 8	Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?	4
§ 9	Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	5
§ 10	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	5
§ 11	Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen auf Dritte übertragen werden?	5
§ 12	Wann endet der Versicherungsschutz?	5

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 13	Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?	6
	1. Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?	6
	2. Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?	6
	3. Was passiert, wenn der Beitrag / die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?	6
	4. Besonderheiten, wenn eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung verspätet beantragt wird.	7
§ 14	Wie werden die Beiträge berechnet?	7
§ 15	Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	7
§ 16	Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?	7
§ 17	Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?	7
§ 18	Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?	8

Änderungen des Versicherungsvertrages

§ 19	Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, ein Selbstbehalt oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern?	8
§ 20	Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern?	8
§ 21	Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden?	8
	1. Wechsel in andere DKV-Tarife	8
	2. Optionsrecht – Erleichterter Wechsel innerhalb des BestMed Tarifsystems	9
	3. Sonderregelungen für die Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung	9
	4. Wechsel in den Standardtarif	9
	5. Wechsel in den Basistarif	10

Ende der Versicherung

§ 22	Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?	10
§ 23	Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?	11

Sonstige Bestimmungen

§ 24	In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten?	11
§ 25	Wo ist der Gerichtsstand?	11

Anhang

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 für das BestMed Tarifsystem (Teil I Bedingungsteil, Teil II Tarif und den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung) 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), soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind,
- 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, soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind,
- g) die Versorgung in einem stationären Hospiz,
- h) 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. § 13).
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. 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 fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
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. Ist ein Elternteil nach einem BestMed Komfort Tarif versichert, kann für das Neugeborene jede Selbstbehalt-Variante innerhalb von BestMed Komfort gewählt werden. Entsprechendes gilt, wenn ein Elternteil nach einem BestMed Premium Tarif versichert ist. 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 Gibt es Wartezeiten?

Es sind keine Wartezeiten vorgesehen.

§ 6 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, es sei denn, Sie haben einen BestMed Komfort Tarif oder BestMed Premium Tarif vereinbart.

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

2.1 In Europa besteht ohne zeitliche Befristung Versicherungsschutz, sofern der gewöhnliche Aufenthalt weiterhin in Deutschland liegt (s.a. Absatz 3).

2.2 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, es sei denn, Sie haben die BestMed Komfort Tarife oder BestMed Premium Tarife vereinbart.

3. *Kann die Versicherung bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland fortgeführt werden?*

3.1 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum setzt sich das Versicherungsverhältnis in Bezug auf die versicherte Person fort. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

3.2 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen sonstigen Staat, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, Sie haben einen BestMed Komfort Tarif oder BestMed Premium Tarif vereinbart *und* der Vertrag wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgeführt.

3.3 Sie können 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.

§ 7 Wann haben Sie 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 (soweit tariflich vorgesehen auch als AktivPrämie), 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 Person 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 tarifliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und ggf. tariflich vorgesehene 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.

§ 8 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.

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.

§ 9 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 EUR 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.

§ 10 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.

§ 11 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. Sofern auf Ihren Wunsch im Sinne der Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz erfolgt, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 12 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (s. § 6 Abs. 3 und § 22).

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 13 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 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.

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 Sind Sie mit einem Betrag in Höhe von zwei monatlichen Beitragsraten im Rückstand, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Sie haben für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe zu entrichten.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnen wir 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 Sie bzw. die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch sind oder werden. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem Sie bzw. die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert waren, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 sind Sie bzw. die versicherte Person so zu stellen, wie Sie bzw. versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) standen, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Altersrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem Sie bzw. die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert waren, 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; wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

3.3 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.

4. *Besonderheiten, wenn eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung verspätet beantragt wird.*

Wird der Versicherungsvertrag über eine zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. 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. Sie können von uns die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

§ 14 Wie werden die Beiträge berechnet?

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung 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. Diese können je nach gewünschtem Tarifsystem unterschiedlich sein.

§ 15 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

1. Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (s. § 8 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. Neben dem vereinbarten Tarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

§ 16 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 § 15 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 17 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.

§ 18 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

§ 19 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 aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt 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. (Je Tarif gibt es folgende Beobachtungseinheiten: Kinder, Jugendliche, Frauen, Männer.)

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (s. § 21 Abs. 4.1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (s. § 21 Abs. 5.2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

2. *(entfallen)*
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbsthalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

§ 20 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. Unter denselben Voraussetzungen können auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heilmittel sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse angepasst werden.

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.

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

1. *Wechsel in andere DKV-Tarife*

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; die nach den technischen Berech-

nungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (s. § 14 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten – sofern im aufnehmenden Tarif vorgesehen – einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ausgeschlossen.

2. Optionsrecht – Erleichterter Wechsel innerhalb des BestMed Tarifsystems

2.1 Hat die Versicherung nach einem Tarif aus dem BestMed Tarifsystem für eine versicherte Person bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen, können Sie die Versicherung für diese Person einmalig

- entweder zum 1. Januar des 4. Versicherungsjahres
oder zum 1. Januar des 6. Versicherungsjahres

– gerechnet vom erstmaligen Beginn der Versicherung im BestMed Tarifsystem –

zu folgenden erleichterten Bedingungen in einen leistungsstärkeren Tarif des BestMed Tarifsystems umstellen lassen

a) Der Umwandlungsantrag ist mit einem unserer Antragsvordrucke – bei einem Umwandlungsantrag zum 6. Versicherungsjahr unter Beantwortung der Gesundheitsfragen – zu stellen; er kann frühestens zwei Monate vor einem der in Satz 1 genannten Termine gestellt werden, er muss uns jedoch spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt vorliegen.

Wir nehmen den fristgerechten Umwandlungsantrag an.

b) Bei einer Umwandlung

- zu Beginn des 4. Versicherungsjahres verzichten wir auf neue Risikozuschläge,
- zu Beginn des 6. Versicherungsjahres können wir – soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt – für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) einen Risikozuschlag (s. § 14 Abs. 3 und 4) von maximal 100% des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils verlangen.

c) Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses können wir nicht verlangen.

d) Für laufende Versicherungsfälle wird ab Umwandlungstermin nach den dann geltenden Tarifen – ohne Wartezeiten – geleistet.

e) Der vom Umwandlungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung eventuell erworbener Anrechnungsbeträge¹.

2.2 Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 4 Abs. 4 im BestMed Tarifsystem versichert wurden, besteht dieses Optionsrecht nur unter folgenden Voraussetzungen:

- zumindest ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes nach einem Tarif des BestMed Tarifsystems versichert und
- die Umstellung der Versicherung des Kindes in einen leistungsstärkeren Tarif des BestMed Tarifsystems erfolgt gleichzeitig mit einer Umstellung der Versicherung nach Absatz 2.1 für zumindest ein Elternteil; die Regelungen in Absatz 2.1 gelten für die Umwandlung der Versicherung des Kindes entsprechend. Maßgeblich ist dabei jedoch nicht der Beginn des 4. oder 6. Versicherungsjahres der Versicherung des Kindes, sondern der des Elternteils, dessen Versicherung gleichzeitig umgestellt wird. Wählt der Elternteil z. B. als Umwandlungszeitpunkt den Beginn des 6. Versicherungsjahres, so können wir auch für das Kind – soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt – für die Mehrleistung einen Risikozuschlag von maximal 100% verlangen.

3. Sonderregelungen für die Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung

- zum 1. Januar eines Jahres:

Der neue SB gilt ab dem Umwandlungstermin.

- zum 1. Februar oder später:

a) Bei Herabsetzung oder Fortfall des SB:

Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung 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.

¹ Beim Anrechnungsbetrag handelt es sich um den monatlichen Gegenwert der für die versicherte Person gebildeten Alterungsrückstellung. Damit wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die bereits zurückgelegte Versicherungszeit berücksichtigt.

4. Wechsel in den Standardtarif

- 4.1 Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung 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.
- 4.2 Absatz 4.1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

5. Wechsel in den Basistarif

- 5.1 Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in den Basistarif nach § 152 VAG (s. Anhang) mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung verlangen, wenn
- für die versicherte Person erstmals eine private Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde 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
 - die versicherte Person ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder
 - hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.
- 5.2 Zur Gewährleistung der o. g. Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 21 Abs. 4.1 Satz 4 gilt entsprechend.

Ende der Versicherung

§ 22 **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 oder den Rücktritt 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.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters 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. § 19) oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 20 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. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

7. 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.
8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
9. Ihre Kündigung nach den Absätzen 2 bis 5 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweisen, 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, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.
10. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen worden ist, und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang), können Sie verlangen, dass wir die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des ab dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf den neuen Versicherer übertragen.
Bestehen etwaige Beitragsrückstände, so können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
11. Sie und die versicherten Personen haben das Recht, einen von Ihnen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 23 Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?

1. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, Sie sind nach einem BestMed Komfort Tarif oder BestMed Premium Tarif versichert *und* der Vertrag wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgeführt. Vergleichen Sie dazu bitte auch § 6 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

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

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Textform.

§ 25 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 in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

Anhang

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 Umfanges 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit 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.

§ 193 Versicherte Person / Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrecht zu erhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils auf den Höchstbetrag von 5000 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, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (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

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen 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 und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

(2) Auf die substitutive Krankenversicherung ist § 138 Absatz 2 entsprechend anzuwenden. Die Prämien für das Neugeschäft dürfen nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden. Satz 2 gilt nicht für einen Prämienunterschied, der sich daraus ergibt, dass die Prämien für das Neugeschäft geschlechtsunabhängig berechnet wurden.

(3) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie Krankentagegeldversicherungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten nach § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

§ 152 Basistarif

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

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

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(2) Der Versicherer ist verpflichtet, folgenden Personen eine Versicherung im Basistarif zu gewähren:

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,
3. allen Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, sowie
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde.

Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder bei einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht verlangt werden. Der Antrag nach Satz 1 muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(3) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht.

(4) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 1 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 1 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(5) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt.

§ 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 Aufwundererstattung 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 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(in der Fassung bis zum 31.12.2008)

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

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