

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

für die
Krankheitskostenversicherung

und für die
Krankenhaustagegeldversicherung

Die AVB-G umfassen

In diesem Druckstück: **Teil I:** Allgemeine Bedingungen

In gesonderten

Druckstücken: **Teil II:** Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung
(nach § 3 Abs. 2 c und § 6 Abs. 1.1)
Tarife

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag	2
§ 2	Versicherungsausweis	2
§ 3	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 4	Umfang des Versicherungsschutzes	3
§ 5	Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 6	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 7	Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 8	Anspruch auf Versicherungsleistungen	6
§ 9	Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 10	Obliegenheiten	6
§ 11	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
§ 12	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	7
§ 13	Aufrechnung	7
§ 14	Ende der Versicherung	7
§ 15	Ende des Versicherungsschutzes	8
§ 16	Fortführung in der Einzelversicherung	8
§ 17	Beiträge, Beitragsberechnung	8
§ 18	Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung	9
§ 19	Wechsel in den Standardtarif	9
§ 20	Wechsel in den Basistarif	10
§ 21	An wen kann sich der Versicherte bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	10
§ 22	Gerichtsstand	10
§ 23	Willenserklärungen und Anzeigen	10
	Anhang	11

§ 1 Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag

- (1) Für jede zu versichernde Person ist eine Beitrittserklärung vollständig auszufüllen. In dieser erklärt sie ihr Einverständnis zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag.
- (2) Die Beitrittserklärung ist von der zu versichernden Person in einem verschlossenen Umschlag dem Versicherungsnehmer zu übergeben und von diesem an den Versicherer weiterzuleiten.

§ 2 Versicherungsausweis

Der Versicherer stellt für jeden Versicherten einen Versicherungsausweis aus. Dieser sowie eine Abschrift des Gruppenversicherungsvertrages und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung werden dem Versicherten vom Versicherungsnehmer ausgehändigt.

§ 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (nicht bei Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung),
 - d) Zahnprophylaxe, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung werden im Falle der Versicherung nach § 5 Abs. 2 aus der Krankheitskostenversicherung erstattet; aus der Krankenhaustagegeldversicherung wird dann im Rahmen des vereinbarten Tagessatzes insoweit geleistet, als Aufwendungen ungedeckt bleiben.
- (3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 14 Abs. 1 c). Während des ersten Mo-

nats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch

ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange der Versicherte bzw. Mitversicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung seiner Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Zu Abs. 3

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G
Tarife SMB, Aktiv: es gilt Nr. 12 Tarifteil der AVB-G
Tarif PLU, Beihilfetarife AB, ZB, SB: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G
Tarif AV: es gilt Nr. 7.1 Tarifteil der AVB-G
Tarif MC: es gilt Nr. 6.1 Tarifteil der AVB-G
Tarif SB: es gilt Nr. 2 Tarifteil der AVB-G
Tarife GZ, BE, BE 1: es gilt Nr. 3 Tarifteil der AVB-G
Tarif KGZ: es gilt Nr. 4.1 Tarifteil der AVB-G*

- (4) Abweichend von Absatz 3 erstreckt sich der Versicherungsschutz bei den M-Tarifen*, den B-Tarifen, den H-Tarifen* (* ausgenommen Kombinationen mit DKV-Tarifen 80), den Tarifen GST und KFB, den Ergänzungstarifen AM9, SM9 und AMX, dem Krankenhaustagegeldtarif KM sowie den Kurtarifen G25 und KUR ohne besondere Vereinbarung auch auf Heilbehandlungen während eines länger als einen Monat dauernden vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland.
- (5) Verlegt ein Versicherter bzw. ein Mitversicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt in ein anderes europäisches Land, so setzt sich die Versicherung mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Die Versicherung kann auf Verlangen des Versicherten insoweit auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden, soweit die Voraussetzungen für die Gruppenversicherung gegeben sind, ansonsten in der Einzelversicherung. Soweit der Tarif Leistungen für „Rückführung aus dem Ausland“ und/oder „Todesfall im Ausland“ vorsieht, gilt als Heimatwohnsitz im Sinne der tariflichen Regelungen der gewöhnliche Aufenthaltsort in dem Land der Wohnsitzverlegung. Das Land des Heimatwohnsitzes gilt insoweit als Inland.

Zu Abs. 5

*Tarif AV: es gilt Nr. 7.2 Tarifteil der AVB-G
Tarif MC: es gilt Nr. 6.2 Tarifteil der AVB-G
Tarif KGZ: es gilt Nr. 4.2 Tarifteil der AVB-G*

- (6) Der Versicherte kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern der Versicherte bzw. der Mitversicherte die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und die Tarife Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages sind. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter des Versicherten bzw. Mitversicherten wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 17 Abs. 6 und 7) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den hierfür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung, dem jeweiligen Versicherungsausweis sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (2) Der Versicherer übernimmt für alle versicherbaren Personen, für die dem Versicherer eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- (3) Für Krankheiten, die bei Beginn des Versicherungsschutzes nicht mehr behandelt werden und auch nicht behandlungsbedürftig sind, besteht Versicherungsschutz.
- (4) Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.
- (5) Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann der Versicherer einen aus medizinischen und statistischen Erfahrungen abgeleiteten Zuschlag erheben. Wird die Zahlung des Zuschlags abgelehnt, so gilt für die Krankheiten und deren Folgen oder Folgen von Unfällen, für die er gefordert wurde, Absatz 4 entsprechend.
- (6) Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge im Sinne der Absätze 4 und 5 entfallen für die Zukunft auf Antrag des Versicherten zum Beginn des Monats, der auf den Zugang des Antrages beim Versicherer folgt, wenn die betreffenden Krankheiten und deren Folgen oder Folgen von Unfällen bis zum Zugang des Antrags beim Versicherer weder behandelt worden sind noch behandlungsbedürftig waren und auch für die Zukunft nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.
- (7) Für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft gilt:
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft, eine infolge dieser Schwangerschaft ausgelöste Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und schwangerschaftsbedingte Vorsorgeuntersuchungen sowie Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen.

Diese Einschränkung entfällt, wenn die Schwangerschaft beendet und der Versicherungsfall abgeschlossen ist.

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt am Ersten des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt, frühestens jedoch mit dem Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten. Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil

mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Zu Abs. 2

Tarife AV, ET: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G

- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Für die einzelnen Versicherungen des Gruppenversicherungsvertrages endet das erste Versicherungsjahr mit dem 31. Dezember des Kalenderjahres des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 6 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
 - (1.1) Art und Höhe der Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung ergeben sich aus den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (vgl. § 3 Abs. 2 c) (Anlage).
- (2) Dem Versicherten bzw. dem Mitversicherten steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Bei Psychotherapie wird unter der Voraussetzung des Absatzes 7 geleistet, wenn zur Psychotherapie 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

gewählt wird. Die ambulante Psychotherapie können auch andere für diese Behandlung zugelassene und staatlich anerkannte Therapeuten durchführen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein. Dies können z.B. ein Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 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.

Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächst erreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

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.

Zu Abs. 2

Tarif SMB: siehe auch Nr. 13.3 Tarifteil der AVB-G

Tarif PLU: siehe auch Nr. 1.3 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: siehe auch Nr. 2.7 und 13.4 Tarifteil der AVB-G

Tarif AV: siehe auch Nr. 8.1 und 8.2 Tarifteil der AVB-G
Tarife MC, ET: siehe auch Nr. 7.1 und 7.2 Tarifteil der AVB-G

Tarif SB: siehe auch Nr. 1.2 Tarifteil der AVB-G

Beihilfetarife AB, ZB, SB: siehe auch Nr. 6.1 und 6.2

Tarifteil der AVB-G

Tarif GZ: siehe auch Nr. 1.1 Tarifteil der AVB-G

Tarif KGZ: siehe auch Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Sonstige Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel.

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. Außerdem
- ergotherapeutische Leistungen, wenn sie vom Ergotherapeuten ausgeführt worden sind,
 - osteopathische Leistungen, wenn sie vom Arzt oder Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind, und
 - podologische Leistungen, wenn sie vom Podologen bzw. medizinischen Fußpfleger ausgeführt worden sind.
- b) Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlung, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden ist,
- c) ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, wenn sie von einem Diätassistenten, Oecotrophologen oder einem Ernährungswissenschaftler ausgeführt worden sind und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.

Die unter a) – c) aufgeführten Leistungen können auch von anderen Angehörigen der dafür staatlich anerkannten therapeutischen Berufe ausgeführt werden (z.B. Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen durch einen staatlich anerkannten Sprachtherapeuten).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung des Versicherten bzw. des Mitversicherten.

Als Hilfsmittel gelten, soweit im Tarif nicht anders geregelt:

- a) Bandagen, Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 51,13 EUR (ab 15. Lebensjahr frühestens zwei Jahre nach Be-

zug der letzten Brille), Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrektorschienen, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädische Maßschuhe, und zwar der Teil der Aufwendungen, der 71,58 EUR (bis zum 15. Lebensjahr 43,46 EUR) übersteigt, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf);

- b) Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Absauggeräte, Pulsoximeter, Inhalationsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusionspumpen, Ernährungspumpen, elektronische Lesehilfen, Blindenstock, Blindenleitgerät, Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining) und Ähnliches, wenn und soweit der Versicherer vor dem Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer). Nach Möglichkeit werden diese Hilfsmittel vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen.

Nicht mehr benötigte Hilfsmittel gemäß b) sind auf Verlangen an den Versicherer 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 alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (zum Beispiel Heizkissen, Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Zu Abs. 3

Tarif SMB: siehe auch Nr. 2.2 Tarifteil der AVB-G

Tarif PLU: siehe auch Nr. 1.1 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: siehe auch Nr. 2.5 und 2.9 Tarifteil der AVB-G

Tarife AV, ET: siehe auch Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G

Tarif MC: siehe auch Nr. 2.2 und 2.3 Tarifteil der AVB-G

Beihilfetarife AB, ZB, SB: siehe auch Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G

Tarifteil der AVB-G

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat der Versicherte bzw. der Mitversicherte freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Zu Abs. 5

Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.3 Tarifteil der AVB-G

Tarif SMB: es gilt Nr. 13.2 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.3 Tarifteil der AVB-G

- (6) Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend

gend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- (7) Bei ambulanter und bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Zu Abs. 7

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.4 Tarifteil der AVB-G
Tarif PLU: es gilt Nr. 1.3 Tarifteil der AVB-G
Tarif Aktiv: es gilt Nr. 2.7 Tarifteil der AVB-G
Tarif AV, Beihilfetarife AB, ZB, SB: es gilt Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G*

- (8) Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Absätze 4 bis 7 entsprechend. Teilstationäre Behandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.

- (9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherte in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherten bzw. des Mitversicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherten bzw. den Mitversicherten erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

- (11) Sonderregelung der Selbstbeteiligung (SB) bei Umwandlung zum 1. Februar oder später:

- a) Herabsetzung oder Fortfall der SB:

Für Kosten vor Umwandlung bleibt die bisherige SB unverändert.

Sieht der neue Tarif eine niedrigere SB vor, so mindert sich diese anteilig: für jeden fehlenden Monat der Laufzeit wird 1/12 abgezogen. Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt höchstens die bisherige SB.

- b) Erhöhung der SB:

Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt eine SB, die sich aus anteilig geminderter bisheriger und anteilig geminderter neuer SB zusammensetzt. Für Kosten vor Umwandlung gilt aber der unveränderte bisherige SB-Höchstbetrag.

Zu Abs. 9

Tarif SMB: es gilt Nr. 5.3 Tarifteil der AVB-G

*Tarif Aktiv: es gilt Nr. 5.2 Tarifteil der AVB-G
Tarife AV, ET: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G
Tarif MC: es gilt Nr. 5.1 Tarifteil der AVB-G*

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

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

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; für Entziehungsmaßnahmen, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenersatzung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, werden die tariflichen Leistungen gewährt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit sie bei allgemeinen Krankenhausleistungen eine Kostenersatzfunktion hat und die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht überschritten werden,

Zu Abs. 1b)

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.5 Tarifteil der AVB-G
Tarif SMB: es gilt Nr. 13.4 Tarifteil der AVB-G
Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.5 Tarifteil der AVB-G
Tarif MC: es gilt Nr. 7.4 Tarifteil der AVB-G*

- c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherten über den Leistungsausgang eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

Zu Abs. 1d)

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.6 Tarifteil der AVB-G
Tarif SMB: es gilt Nr. 13.5 Tarifteil der AVB-G
Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.6 Tarifteil der AVB-G*

- da) abweichend von Absatz 1 d) werden Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus aus der Krankheitskostenvollversicherung (nicht aus Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) erstattet, wenn und soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt;

Zu Abs. 1da)

Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.6 Tariffteil der AVB-G

Tarif SMB: es gilt Nr. 13.5 Tariffteil der AVB-G

Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.6 Tariffteil der AVB-G

- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn der Versicherte bzw. Mitversicherte dort seinen ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - ea) Die vorstehende Einschränkung entfällt.
 - f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherten auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat der Versicherte bzw. der Mitversicherte wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 8 Anspruch auf die Versicherungsleistungen

Der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen (vgl. aber auch § 9 Abs. 6).

§ 9 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Versicherer den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
- (3) Rechnungen müssen enthalten: den Namen der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitsbezeichnungen. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
Beim Folgebezug einer Brille wegen veränderter Sehschärfe genügt die Angabe des Brechkraftwertes in der Optikerrechnung.

- (4) Für die Zahlung des Krankenhaustagegeldes ist eine Bescheinigung der Krankenanstalt erforderlich, aus der Beginn und Ende der stationären Behandlung sowie die Krankheitsbezeichnungen hervorgehen.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die mitversicherte Person zu leisten, wenn der Versicherte ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherte die Leistung verlangen.
- (7) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs, Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (8) Kosten für die Übersetzungen der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Zu Abs. 8

Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 7 Tariffteil der AVB-G

Tarife SMB, Aktiv: es gilt Nr. 14 Tariffteil der AVB-G

Tarif PLU: es gilt Nr. 6 Tariffteil der AVB-G

Tarif AV: es gilt Nr. 12 Tariffteil der AVB-G

- (9) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 entstandene Versicherungsverhältnisse; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt. Soweit der Versicherer in einer für den Versicherten bzw. Mitversicherten ausgehändigten DKV-Card für Privatversicherte die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt garantiert, gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 insoweit nicht. Weiter gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 nicht, sofern auf Wunsch des Versicherten im Sinne der Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz erfolgt.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
Zu Abs. 1
Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 8 Tariffteil der AVB-G
Tarif SMB: es gilt Nr. 7.1 Tariffteil der AVB-G
Tarif Aktiv: es gilt Nr. 7 Tariffteil der AVB-G
Tarif AV: es gilt Nr. 13 Tariffteil der AVB-G
- (2) Der Versicherte und der als empfangsberechtigt benannte Mitversicherte (§ 9 Abs. 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist der Versicherte bzw. der Mitversicherte verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

- (5) Wird für einen Versicherten oder einen Mitversicherten bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht ein Versicherter oder ein Mitversicherter von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 10 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer eine Versicherung, die nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden des Mitversicherten stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherten gleich.

§ 12 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherte oder ein Mitversicherter Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus der Versicherung Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherte oder der Mitversicherte 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.
- (3) Verletzt der Versicherte oder der Mitversicherte vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherten oder dem Mitversicherten ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte kann gegen Forderungen des Versicherers nur auf-

rechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 14 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherungen der Versicherten bzw. Mitversicherten enden durch
- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages,
 - Ausscheiden aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis,
 - Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts in das außereuropäische Ausland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird; der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. § 3 Abs. 5 Satz 2 und 3 gelten dann entsprechend,
Tarif KGZ: es gilt Nr. 4.3 Tarifteil der AVB-G
 - Tod,
 - außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt des Versicherers; die vorgenannten Rechtsbehelfe können auch gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherte kann sich und/oder Mitversicherte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 5 Abs. 4) mit einer Frist von drei Monaten von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag abmelden. Die Abmeldung kann auf einzelne mitversicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Scheidet der Versicherte aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, so enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen.
Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.
- (3) Wird ein Versicherter bzw. ein Mitversicherter kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Aufhebung einer Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Die Aufhebung kann nicht verlangt werden, wenn der Versicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht er von seinem Recht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherte die Aufhebung der Krankheitskostenversicherung oder einer dafür bestehenden Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende der Versicherung zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes

Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherte die Aufhebung der betroffenen Versicherungen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens verlangen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherte die Aufhebung der betroffenen Versicherungen – auch für Mitversicherte – innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung verlangen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherte die Aufhebung der Versicherung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung verlangen.
- (6) Das Aufhebungsverlangen nach den Absätzen 3 bis 5 ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die betroffenen Mitversicherten von der Aufhebungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (7) Der Versicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Mitversicherte oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (8) Dient die Versicherung der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Abmeldung nach Absatz 2 bzw. die Aufhebung nach den Absätzen 4, 5 und 7 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Abmeldung bzw. die Aufhebung wird nur wirksam, wenn der Versicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldungs- bzw. Aufhebungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Abmeldung bzw. Aufhebung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldungs- bzw. Aufhebungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (9) Bei Beendigung einer Krankheitskostenvollversicherung (nicht bei alleiniger Beendigung von Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) nach den Absätzen 2, 4, 5 und 7 und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherte verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherungen.
- (10) Bestehen bei Beendigung der Versicherung Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherte bzw. der Mitversicherte das Recht, eine nach den Absätzen 2 bis 5 und 7 beendete Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern der Versicherte bzw. der Mitversicherte die Voraussetzungen für die Versiche-

rungsfähigkeit noch erfüllt. Ansonsten kann eine solche Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortgesetzt werden.

§ 15 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – grundsätzlich mit Beendigung der Versicherung (§ 14). Bei Beendigung der Versicherung nach § 14 Abs. 1 a) oder b) wird jedoch für schwebende Versicherungsfälle bis zur Höchstdauer von vier Wochen weitergeleistet.

§ 16 Fortführung als Einzelversicherung

- (1) In den Fällen des § 14 Abs. 1 a) oder b) können die Versicherten bzw. die Mitversicherten, in den Fällen des § 14 Abs. 1 d), Abs. 2 bis 5 können die Mitversicherten verlangen, die Versicherten unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Die Versicherten bzw. Mitversicherten sind in den Fällen des § 14 Abs. 1 a) über die Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages und ihr Recht nach Satz 1 vom Versicherer in Textform zu informieren. Das Recht nach Satz 1 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.
- (2) Bei der Fortführung als Einzelversicherung wird der Zeitraum, in welchem der Versicherte bzw. der Mitversicherte im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf die Fristen und Wartezeiten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife der Einzelversicherung angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt.

§ 17 Beiträge, Beitragsberechnung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Fälligkeit des Beitrags richtet sich nach den mit dem Versicherungsnehmer im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen. Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Versicherungsmonat nur der anteilige Betrag des monatlichen Beitrags zu zahlen. Der erste Versicherungsmonat beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Versicherungsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in den Tarifen geregelt sind, auf Versicherungsmonate abstellen.
- (2) Wird eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherte kann vom Versicherer die Stundung des Beitrags-

zuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

- (3) Wird die Versicherung vor Ablauf ihrer Laufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Laufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird die Versicherung durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.
- (4) Der Beitrag wird bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (5) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (6) 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) des Versicherten bzw. des Mitversicherten berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens des Versicherten bzw. des Mitversicherten ist jedoch während der Dauer der Versicherung ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (7) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (8) Liegt bei einer Änderung des Versicherungsschutzes ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- (9) Ist der Versicherte bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherte hat für jeden angefallenen 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, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen der Versicherung ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht die Versicherung ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange die Versicherung ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notla-

gentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen der Versicherung tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherte bzw. der Mitversicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird die Versicherung ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherte bzw. der Mitversicherte vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherte bzw. der Mitversicherte so zu stellen, wie der Versicherte bzw. der Mitversicherte vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherte bzw. der Mitversicherte vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (10) Bei anderen als den in Absatz 9 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherte kann verlangen, dass er bzw. Mitversicherte, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008

geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für den Versicherten bzw. Mitversicherten 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 Versicherten auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherungen.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

§ 21 An wen kann sich der Versicherte bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Der Ombudsmann ist wie folgt zu erreichen:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Verbraucher, die ihren Vertrag elektronisch (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese ist zu finden unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Die Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Der Versicherer unterliegt der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin kann der Versicherte Beschwerden richten.

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

§ 22 Gerichtsstand

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

§ 23 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

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

- (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 aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 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 und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter 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

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

§ 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 Aufwendungsersatzung 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)
[in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

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,

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
[in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 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.