

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

ProZahn90, ProZahn Plus: Private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

ProZahn90:

- ✓ Kunststofffüllungen und
- ✓ Zahnersatz

ProZahn Plus

- ✓ Zahnprophylaxe
(2x pro Kalenderjahr bis jeweils 80 €)



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

ProZahn90

- ! max. 3,5-facher Satz GOÄ/GOZ
- ! Kunststofffüllungen 100% bis max. 50 € pro Füllung
- ! hat die gesetzliche Krankenversicherung bei Zahnersatz nicht vorgeleistet, werden 50% als Vorleistung angesetzt
- ! Zahnersatz 90%, zusammen mit der Vorleistung anderer Kostenträger, wenn ein Nachweis über 5 Jahre regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen vorliegt, sonst 80%
- ! Höchstgrenzen bei Zahnersatz in den ersten 5 Kalenderjahren
- ! Bei Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder werden nur die Sachkosten erstattet.

ProZahn Plus

- ! 100 % der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr, höchstens 80 Euro pro Zahn-Prophylaxe



Wo bin ich versichert?

- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland haben Sie weltweiten Versicherungsschutz. Reisen Sie zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland, erstatten wir nach deutschem Kostenniveau, es sei denn, die Behandlung ist in Deutschland nicht möglich.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... vor Vertragsabschluss

- Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben können dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen. Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags/Vertragsangebots.

... während der Vertragslaufzeit

- Informieren Sie uns bitte, wenn Sie den Abschluss einer weiteren Krankenversicherung bei einer anderen privaten Versicherung planen.
- Kommen Sie Ihren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. In der Zusatz- und Pflegeversicherung kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen.

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz.
- **ProZahn90:** Die Wartezeit beträgt 3 Monate.
- **ProZahn Plus:** Es gibt keine Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die Hallesche zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs PROZAHN.Premium/Gruppe

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten:

- 100% der Kosten für Kunststofffüllungen, bis zu 50 € pro Füllung
- 80-90% der Kosten für Zahnersatz

Die Leistung bei Zahnersatz ist in den ersten 5 Kalenderjahren begrenzt.

Tarif PROZAHN.Premium/Gruppe

Versicherung für Zahnfüllungen und Zahnersatz

Fassung Juli 2020

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den zugehörigen Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung.

I.	Wer kann sich versichern?	2
II.	Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
	(1) Was erstatten wir?.....	2
	(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?	2
	(3) Was erstatten wir für Zahnfüllungen?.....	2
	(4) Was erstatten wir für Zahnersatz?.....	2
	(5) Wann ist uns ein ➤Heil- und Kostenplan vorzulegen?.....	3
	(6) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	3
III.	Welche ➤Wartezeiten sind vereinbart?	4
IV.	Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	4
V.	Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?	4
VI.	Was gilt als Versicherungsjahr?	4
	Fachbegriffe	5

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen versichern,

- sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Muss sich der Versicherte **ambulant** bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das
 - im Rahmen der ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen bzw.
 - nach ➤BEMA berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger für Zahnfüllungen und Zahnersatz muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

- Hat die GKV für Zahnersatz (siehe II. (4)) keine Leistung erbracht oder
- besteht für diese Leistungen kein Anspruch auf eine Vorleistung der GKV,

setzen wir 50% der Kosten als Vorleistung der GKV an.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte bei der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

(3) Was erstatten wir für Zahnfüllungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Kunststoff- bzw. Komposit-Füllungen auch mittels Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik, bis maximal 50 € pro Füllung.

Bei Milchzähnen erstatten wir 100% der Kosten für Füllungen mit plastischem Füllmaterial. Die Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und die Mehrschicht-Technik erstatten wir hier nicht.

Inlays und Onlays gelten nicht als Füllungen.

Abweichend von § 2 Abs. 5 und 6 der Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung sowie § 2 Abs. 1 der Tarifbedingungen (TB/KK 2013) leisten wir nicht für Versicherungsfälle, die eingetreten sind, bevor die Anmeldung bei uns einging. Dazu zählen auch angeratene oder beabsichtigte Zahnbehandlungen.

(4) Was erstatten wir für Zahnersatz?

(4.1) Welche Kosten erstatten wir?

Wir erstatten die Kosten für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten:

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

Abweichend von § 2 Abs. 5 und 6 der Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung sowie § 2 Abs. 1 der Tarifbedingungen (TB/KK 2013) leisten wir nicht für Versicherungsfälle, die eingetreten sind, bevor die Anmeldung bei uns einging. Dazu zählen auch angeratene oder beabsichtigte Behandlungen wegen Zahnersatz.

Davon abweichend besteht für Behandlungen wegen Zahnersatz an bereits bei Zugang der Anmeldung

fehlenden Zähnen Versicherungsschutz für bis zu drei fehlende Zähnen, wenn

- Sie dies in der Anmeldung zur Versicherung gegen Zahlung des in der Anmeldung genannten Beitragszuschlages beantragt haben und
- mit dem Ersatz der fehlenden Zähne bei Abschluss des Vertrages noch nicht begonnen wurde.

(4.2) In welcher Höhe erstatten wir diese Kosten?

- Die gesamte Behandlung ist im Rahmen der ➤Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält keine privaten Vergütungsanteile des Zahnarztes nach den ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ). Dann erstatten wir
 - 100% der Kosten.
- Die Behandlung ist nicht oder nur teilweise im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält private Vergütungsanteile des Zahnarztes nach GOZ/GOÄ. Dann erstatten wir
 - 80% der Kosten, oder
 - 90% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein ➤Bonushaft nachweisen.

Sie erhalten von uns aber mindestens den Betrag, den wir im Fall der Regelversorgung bezahlen würden.

(4.3) Wie ist die Leistung in den ersten 5 Jahren begrenzt?

Leistungen für Zahnersatz erbringen wir – je Versicherten – für insgesamt

- | | |
|--------------|----------------------------|
| ■ 2 Zähne | im 1. bis 2. Kalenderjahr, |
| ■ 3 Zähne | im 1. bis 3. Kalenderjahr, |
| ■ 4 Zähne | im 1. bis 4. Kalenderjahr, |
| ■ 5 Zähne | im 1. bis 5. Kalenderjahr, |
| ■ unbegrenzt | ab dem 6. Kalenderjahr. |

Für die Begrenzung ist jeweils der Zeitpunkt der Behandlung maßgeblich.

Diese Begrenzung gilt nicht für Modellguss- und Klammerprothesen.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines ➤Unfalls behandeln lassen, wird die Leistung in den ersten 5 Jahren nicht begrenzt. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Zugang der Anmeldung beim Versicherer ereignet hat und
- uns dies Ihr Arzt bestätigt.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnersatz in diesen Tarif, gilt für die Begrenzung:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs,
- aber auch die behandelten Zähne für die wir aus diesem Tarif geleistet haben.

(5) Wann ist uns ein ➤Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wird der gesamte Rechnungsbetrag (inklusive Labor) voraussichtlich größer als 1.000 € sein, müssen Sie uns hierüber einen Heil- und Kostenplan vorlegen. Daraus muss erkennbar sein, welche Maßnahmen geplant sind und ob diese medizinisch notwendig sind. Legen Sie uns diesen nicht vor, erbringen wir für diejenigen Kosten (siehe II.1. des Tarifs) welche über die 1.000 € hinausgehen, nur die Hälfte der tariflichen Erstattungsleistungen.

(6) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors.
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
 - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
 - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat.

Lässt ein Versicherter einen fehlenden Zahn ersetzen, müssen Sie uns nachweisen, wann er diesen Zahn verloren hat.

Vertrag frühestens zum 31.12 des Jahres kündigen, das auf den Beginn folgt.

III. Welche ➤Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gilt eine Wartezeit von 3 Monaten. Diese entfällt bei Unfällen.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 17 Jahre,
- 41 Jahre,
- 51 Jahre,
- 61 Jahre,

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

Wir bilden keine Rückstellung gemäß § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich unsere Leistungen bzw. die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in den §§ 8b und 18 der MB/KK 2009.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnersatz ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

VI. Was gilt als Versicherungsjahr?

Für diesen Tarif gilt das Kalenderjahr als Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer und endet am 31.12 des gleichen Jahres. Sie können Ihren

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2020 – 1985 = 35. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

BEMA - Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen

Der BEMA bildet die Grundlage für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV in Deutschland.

Bonusheft

Im Bonusheft hält der Zahnarzt die Termine der Untersuchung bzw. Prophylaxe fest. Es dient als Nachweis, dass der Versicherte regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt ist.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

Regelversorgung

Der als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentPRO.80

Leistungen beim Zahnarzt

- 100% Erstattung der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis 80 €

Tarif dentPRO.80

Versicherung für Zahn-Prophylaxe

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I.	Wer kann sich versichern?	2
II.	Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
	(1) Was erstatten wir?.....	2
	(2) Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?	2
	(3) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	2
III.	Welche ➤Wartezeiten sind vereinbart?	2
IV.	Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	2
	Fachbegriffe	3

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- mindestens 18 Jahre alt sind,
- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und
- in einem unserer Zusatztarife für Zahnersatz und/oder Zahnbehandlung versichert sind.

Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist, endet diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Versicherungsfall in diesem Tarif ist ausschließlich die Behandlung für Zahn-Prophylaxe.

Unserer Erstattung legen wir stets nur folgende Kosten zu Grunde: Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der ➤Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz berechnet ist.

(2) Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr. Höchstens erhalten Sie von uns 80 € pro Zahn-Prophylaxe.

Dabei erstatten wir folgende Behandlungen, die nach GOZ berechnet sind:

- das Entfernen der harten und weichen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- die Reinigung der Zahnzwischenräume,
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächenpolitur,
- die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen,
- das Erstellen eines Mundhygienestatus,
- die Unterweisung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von Fissuren und
- die Behandlung von überempfindlichen Zähnen.

(3) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir die Rechnung des Zahnarztes. Leisten die GKV und/oder andere Kostenträger vor, müssen Sie uns auch die Höhe dieser Vorleistung nachweisen.

III. Welche ➤Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regelt die Abrechnung privater Leistungen des Zahnarztes, d.h. aller zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihr sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung



English version:
www.hallesche.de/pm22u-e-0823.pdf

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)
Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

Fassung Januar 2024

Inhalt

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	2	§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	13
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes.....	3	§ 12 Aufrechnung.....	14
§ 3 Wartezeiten.....	5	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	14
§ 4 Umfang der Leistungspflicht.....	5	§ 14 Kündigung durch den Versicherer.....	16
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht.....	7	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe.....	16
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	9	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen.....	17
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes.....	10	§ 17 Gerichtsstand.....	17
§ 8 Beitragszahlung.....	10	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.....	18
§ 8a Beitragsberechnung.....	12	§ 19 Wechsel in den Standardtarif.....	18
§ 8b Beitragsanpassung.....	12	§ 20 Wechsel in den Basistarif.....	18
§ 9 Obliegenheiten.....	13	Anhang – Gesetzestexte.....	19
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	13		

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus: Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) und Teil III (Tarifen). Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

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

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetz-

lichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats 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 die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 2 Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen

ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. 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.

II

(1) *Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.*

(2) *Als Versicherungsfall gelten auch*

- a) *Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), wobei – sofern im Tarif nichts anderes vereinbart – die Leistungsaussage nicht auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt ist und nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig ist. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versicherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,*
- b) *Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche,*
- c) *in der substitutiven Krankenversicherung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz.*

(3) *Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.*

(4) *Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.*

(5) *Ein Aufenthalt in einem der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten mit einer Dauer von maximal 6 Monaten gilt nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Für die Berechnung der Dauer eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen mit eingerechnet.*

Wenn keine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorliegt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 1 (4) MB/KK 2009 sowie § 1 (3) der Tarifbedingungen.

(6) *In der substitutiven Krankenversicherung erhält die versicherte Person bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten die volle tarifliche Erstattung. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes darüber informiert. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthaltes einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Beitragszuschlag wird einmalig angeboten. Lehnt der Versicherungsnehmer für die versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder informiert der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nicht fristgerecht, ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.*

Ist die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten nur vorübergehend, wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten, gelten ab Beginn des Aufenthaltes § 15 (3) MB/KK 2009 und die zugehörigen Tarifbedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

(1) *Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes 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 Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

II

(1) Abweichend von § 2 (1) MB/KK 2009 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

(2) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

(3) Verändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife an den veränderten Beihilfebemessungssatz oder den entfallenen Beihilfeanspruch angepasst, jedoch nur so weit, als dadurch der weggefallene Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung erforderlich. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung

oder Wartezeiten angenommen, wenn er spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs zum Ersten des Monats gestellt wird, in dem der Beihilfebemessungssatz sich verändert hat bzw. der Beihilfeanspruch entfallen ist oder zum Ersten des folgenden Monats; der Antrag kann jedoch frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem er beim Versicherer eingeht. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an werden die Mehrleistungen auch für laufende Versicherungsfälle gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht besteht.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder des Wegfalls des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen.

(4) Wird ein Kind gemäß § 2 MB/KK 2009 im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(5) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 bzw. gemäß § 2 (7) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

(6) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 bzw. gemäß § 2 (7) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

(7) Abweichend von § 2 (2) MB/KK 2009 beginnt in der substitutiven Krankheitskostenversicherung bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von 3 Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeiten

I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

- (1) *Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt; eine Krankheitskostenvollversicherung im Sinne dieser Tarifbedingung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim*

Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

- (2) *Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.*

- (3) *Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.*

- (4) *Der in § 3 (4) MB/KK 2009 vorgesehene Wartezeiterlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.*

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 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.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso 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) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 € überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach 4 Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

II

(1) Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 – mit Ausnahme eines Krankenhaustagegeldes – mitversichert.

(2) Abweichend von § 4 (2) MB/KK 2009 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für die systemische Therapie und Verhaltenstherapie.

(3) Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen approbierten Ärzten, Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (wie Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) erbracht werden.

(3a) Sofern ein Tarif Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen vorsieht, muss eine solche Anwendung ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in § 4 (3) der Tarifbedingungen genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

(4) Es können auch Krankenhausambulanzen, Medizinische Versorgungszentren und sozialpädiatrische Zentren zur ambulanten Heilbehandlung, Bundeswehrkrankenhäuser zur stationären Heilbehandlung sowie im Tarif aufgeführte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(5) Als Arzneimittel im Sinne von § 4 (3) MB/KK 2009 gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.

Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug der Nahrungsmittel an.

(6a) Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

b) Für die Erstattung von Sanatoriumskosten, soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ist Voraussetzung, dass die medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und vom Versicherer anerkannt wird.

(7) Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich,

a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder

b) wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder

c) wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder

d) im Falle einer Anschlussheilbehandlung soweit § 5 (7) der Tarifbedingungen dies vorsieht.

(8) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) (entfallen)

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (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 Heil-

fürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

II

(1) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1a) MB/KK 2009 gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn

- a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder
- b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B. vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter erheblicher Gefährdung der eigenen Person möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1a) MB/KK 2009.

(2) Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1b) MB/KK 2009 in der substitutiven Krankenversicherung bei den ersten drei Entziehungsmaßnahmen (ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen bzw. Entziehungskuren) für stoffgebundene Suchterkrankungen geleistet, wenn

- die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung, oder
- die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt.

Keine Leistungspflicht besteht bei Entziehungsmaßnahmen aufgrund von Nikotinsucht.

Bei stationären Entziehungsmaßnahmen ist der Versicherer unabhängig vom versicherten Stationärtarif nur für allgemeine Krankenhausleistungen leistungspflichtig.

Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Bei der zweiten und dritten Entziehungsmaßnahme sind 80% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte.

(3) In Tarifen für ambulante Heilbehandlung wird auch für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort geleistet.

(4) Es besteht auch Anspruch auf Leistungen für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Dies gilt jedoch nicht für die Tarife AE, BISS, CAE, MA, MAN, MAS, MS, MSW, NK, PRIMO, PRIMO M, ZV und ZVH.

(5a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

b) Die Kürzungsbefugnis gemäß § 5 (5a) der Tarifbedingungen gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet § 5 (5a) der Tarifbedingungen keine Anwendung.

d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet § 5 (5a) der Tarifbedingungen ebenfalls keine Anwendung.

(6) Die Einschränkung gemäß § 5 (1c) MB/KK 2009 gilt entsprechend für alle anderen in den Tarifbedingungen und im Tarif genannten Leistungserbringer.

(7) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1d) MB/KK 2009 gilt nicht bei ambulanter und stationärer medizinisch notwendiger Anschlussheilbehandlung (AHB). Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht,

- a) wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat oder*
- b) für die ersten 3 Wochen einer AHB, welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt, unter folgenden Voraussetzungen: Die AHB erfolgt in einer Einrichtung, die für die jeweilige AHB von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger anerkannt ist. Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, wird bei diesem vor Beginn der AHB ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden.*

Wird in Verbindung mit einer solchen AHB ein Antrag auf Verlängerung gestellt, prüft der Versicherer die medizinische Notwendigkeit. Ist die Verlängerung der AHB medizinisch notwendig, wird eine Leistungszusage für diesen Zeitraum erteilt. Dies gilt gleichermaßen für Anträge auf Folgeverlängerungen.

Ist ein Beginn der AHB innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen (z.B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) oder mangels Verfügbarkeit einer geeigneten Einrichtung nicht möglich, prüft der Versicherer diese Gründe und erteilt eine Leistungszusage für einen späteren Beginn, soweit eine AHB medizinisch notwendig ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

II

(1) *Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten und die Angabe der einzelnen Leistungen oder der Ziffern der Gebührenordnungen enthalten. Aus Krankenhausrechnungen muss ersichtlich sein, welche gesondert berechenbaren Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden bzw. welche Pflegeklasse aufgesucht wurde.*

(2) *Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.*

(3) *Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.*

(4) *Besteht nur eine Krankenhaustagegeldversicherung, so genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes mit genauer Krankheitsbezeichnung und Namen der behandelten Person.*

(5) *Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer 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 „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.*

(6) *Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.*

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende 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 5 Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für

jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge 2 Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

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

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

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 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. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

(1) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.*

(2) *Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.*

(3) *Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.*

(4) *Der Versicherungsnehmer kann in den Krankheitskostentarifen für jede versicherte Person bis zum Alter von einschließlich 59 Jahren eine Beitragsermäßigung nach Maßgabe der „Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung“ vereinbaren.*

(5) *Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw.*

die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

§ 8a Beitragsberechnung

I

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

II

(1) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden – neben dem nach §§ 149 und 338 VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag für die substitutive Krankenversicherung – der Alterungsrückstellung nach

Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; siehe Anhang § 150 VAG) zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet.

(2) Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

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

(2) (entfallen)

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

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/KK 2009 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer

überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

In allen Fällen erstreckt sich die Überprüfung und ggf. die Anpassungsnotwendigkeit auch auf die Beiträge für die gemäß § 8 (4) der Tarifbedingungen vereinbarte Beitragsermäßigung.

§ 9 Obliegenheiten

I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) 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 die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II

- (1) *Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet (vgl. hierzu jedoch § 4 (5) MB/KK 2009).*
- (2) *Das Einwilligungserfordernis gemäß § 9 (6) der MB/KK 2009 wird auf den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung der privaten Krankenversicherung beschränkt.*

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

- (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 § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das 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 der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von 2 Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem

er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des 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.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von 2 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.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den An-

forderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als 2 Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten 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 Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

II

(1) Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

(2) Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird.

Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Kündigungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

(3) Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von 6 Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.

(4) Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 gleich.

(5) Die Fortsetzung eines gekündigten Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (11) MB/KK 2009 ist spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu beantragen. Die Fortsetzung erfolgt in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung.

(6) Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 13 (8) MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versiche-

ters wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

(7) Bei Kündigung nach § 13 (3) MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Dabei wird die Alterungsrückstellung der Leistungsbereiche, welche auch in der Zusatzversicherung enthalten sind, im entsprechenden Umfang angerechnet. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer eingehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der gesamten Krankheitskostenteilversicherung.

(2) Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

II

(1) In den Tarifen CK, MA, MAN, MAS, MKH, MS, MSW, PRIMO M und ZV endet das Versicherungsverhältnis auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer I des Tarifs. Die versicherten Personen haben das Recht, in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere

Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a (2) MB/KK 2009 berücksichtigt.

Der Antrag auf Umstufung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. § 15 (3) MB/KK 2009 bleibt unberührt.

(2) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

(3) Ein Aufenthalt in einem anderen Staat als die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten mit einer Dauer von maximal 6 Monaten gilt nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Für die Berechnung der Dauer eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen mit eingerechnet.

Wenn keine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorliegt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 1 (4) MB/KK 2009 sowie § 1 (3) der Tarifbedingungen.

(4) In der substitutiven Krankenversicherung verpflichtet sich der Versicherer eine anderweitige Vereinbarung nach § 15 (3) MB/KK 2009 zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird und die Gewährung von Versicherungsschutz im anderen Staat zulässig ist. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel in einen anderen Tarif vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis.

Darf der Versicherer in dem Staat, in den die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, keinen Versicherungsschutz mehr anbieten, endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, von dem an der Versicherer die versicherte Person nicht mehr versichern darf.

In beiden Fällen kann zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen für eine spätere Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden. Die Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes bzw. nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses beantragt werden und sich unmittelbar an die bisherige Versicherung anschließen.

(5) Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 (3) MB/KK 2009 muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird 2 Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

I

(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 (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 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.

(2) Abs. 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

I

Der Versicherungsnehmer 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 ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Hinweis auf die Verbraucher-schlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Abs. 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

§ 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 Abs. 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 Abs. 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form-

und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Abs. 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 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, 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.

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei [...]

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Abs. 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 [...]

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr voll-

endet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Abs. 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Abs. 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Abs. 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienerrsenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen

Prämienerrsenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Abs. 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Abs. 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Die Prämienerrmäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Abs. 2 gutzuschreiben.

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Abs. 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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.

§ 338 Zuschlag in der Krankenversicherung

Ist ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 149 mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 Prozent der Bruttoprämie beträgt und an jedem 1. Januar der darauf folgenden Jahre um 2 Prozent, jedoch auf nicht mehr als 10 Prozent der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlags dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen, und
4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich oder elektronisch widerspricht.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG] in der bis zum 30. September 2017 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.

Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch [SGB V]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

(2a) Der Zuschuss nach Abs. 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 gesetz-

lichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nr. 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 Nr. 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 Nr. 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung – Inland

Fassung Januar 2024



English version:
www.hallesche.de/zusatzbedingungen-inland-mg103uE.pdf

Diese Zusatzbedingungen ergänzen oder ändern für Versicherungsverhältnisse im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung.

§ 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, versicherte Personen

(1) Versicherungsfähig sind alle Personen, die nach dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und die sonstigen Tarif- und Aufnahmevoraussetzungen erfüllen.

(2) Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als der Vertragspartner des Versicherers.

(3) Hauptversicherte sind die nach den Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmten Personen, soweit sie dem Versicherer gemeldet sind.

(4) Mitversicherte Personen sind die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Kinder und sonstige nach dem Gruppenversicherungsvertrag mitversicherbaren Personen, soweit sie zum Versicherungsschutz angemeldet sind.

(5) Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer die ihr zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat, und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

§ 2 Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag ist auf dem jeweiligen Formblatt (Anmeldung) des Versicherers zu erklären; die gestellten Fragen sind für alle zu versichernden Personen vollständig zu beantworten.

(2) Der Versicherer verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.

(3) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

(4) Der in der Anmeldung genannte Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) darf nicht mehr als 6 Monate, vom Datum der Anmeldung angerechnet, in der Zukunft liegen.

(5) Für Versicherungsfälle, die vor Zugang der Anmeldung beim Versicherer eingetreten sind, und für Versicherungsfälle, die auf ein erhöhtes Risiko (z.B. Vorerkrankungen, Beruf, Sport) zurückzuführen sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes nur dann geleistet, wenn sie dem Versicherer mit einer Gesundheitserklärung (s. Abs. 6) ordnungsgemäß angezeigt worden sind, und der Versicherer für sie keinen Ausschluss vom Versicherungsschutz in der Versicherungsbestätigung erklärt oder erklärt hat.

(6) Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Versicherungsfälle wird durch die Abgabe einer Gesundheitserklärung beantragt. Für deren Mitversicherung können besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschläge, Leistungshöchstbeträge) vereinbart werden.

(7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, diesen Zusatzbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(8) Der Versicherer stellt für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein als Versicherungsbestätigung aus.

(9) Die Leistungseinschränkung für Verwandtenbehandlungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 5 Abs. 1g)) gilt auch für die speziellen Gruppenversicherungstarife GAZ/ Gruppe, HIT/Gruppe, KKHB/Gruppe, DENT/Gruppe, PROZAHN/Gruppe, PROZAHN.Premium/Gruppe und ZahnZusatz/Gruppe.

§ 3 Wartezeiten

Es entfallen die in Teil I und Teil II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten ersatzlos, soweit die jeweiligen Tarife nichts Gegenteiliges vorsehen.

§ 4 Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch während einer eventuell vereinbarten Mindestvertragslaufzeit.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet ferner hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen über die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gründe hinaus mit

a) dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis;

b) der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung in der Einzelversicherung nach Tarifen, die dem Gruppenversicherungsvertrag nicht zugrunde liegen (z.B. im Standardtarif oder im Basistarif).

(3) Betreffen die Beendigungsgründe den Hauptversicherten, so endet das Versicherungsverhältnis auch für die mitversicherten Personen.

§ 5 Weiterversicherung

(1) Endet die Versicherung einzelner mitversicherter Personen, so haben diese das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Hauptversicherten im Gruppenversicherungsvertrag in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, sofern dort weiterhin die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben.

(2) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben

sind – nach den gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, die das Ende der Versicherung gemäß § 13 (bzw. bei Tarif URZ. nach § 2 Nr. 2 und bei Tarif *plus.Z* nach § 14) der jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen selbst bewirkt haben oder bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen beendet wurde.

In den Fällen, in denen die Versicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, steht das Weiterversicherungsrecht nach Satz 1 nur den mitversicherten Personen und nur in der Krankheitskostenversicherung und der Pflegekrankenversicherung zu.

(3) Endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 4 Abs. 2c) der Zusatzbedingungen aufgrund der Fortsetzung im Basistarif, besteht für die versicherten Personen kein Weiterversicherungsrecht nach Abs. 1 und Abs. 2.

(4) In den Fällen, in denen eine Krankheitskosten- oder Pflegekrankenversicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, enden die Weiterversicherungsrechte nach Abs. 1 und Abs. 2 erst zwei Monate nachdem die mitversicherten Personen von der Kündigung und ihrem Recht auf Fortsetzung Kenntnis erlangt haben.

(5) Bei der Weiterversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen angerechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen 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 verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

(6) Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss, Verzicht auf Zahnstaffel, Leistungseinschränkung)

verzichtet, so werden diese mit der Weiterversicherung wirksam.

(7) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, einvernehmlich aufgehoben oder endet der Gruppenversicherungsvertrag wegen Unterschreitens der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Mindestpersonenzahl, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung, Aufhebung oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

(8) Für die Weiterversicherung nach dem Standardtarif bzw. Basistarif gelten die jeweiligen Ausführungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Wechseln in den Standardtarif bzw. in den Basistarif.

(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.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 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.

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung/Ihre Angebotsanforderung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der Hallesche Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

2. Kündigung

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

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die Hallesche

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der Hallesche Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart
(Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Löffelstraße 34–38
70597 Stuttgart (Degerloch)

Vorstandsvorsitzender: Christoph Bohn

Postanschrift

Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0711 6603-6603, Fax: 0711 6603-333,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die Hallesche gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese die jeweils gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ sowie in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen sind. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter „Auszahlung der Versicherungsleistungen“.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf der Anmeldung beziehungsweise auf der Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsbestätigung. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann von der Anmeldung abweichen, wenn dieser beispielsweise auf der Anmeldung falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der Hallesche vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrer Anmeldung vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig.

Bitte beachten Sie: Bei der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung ist jeweils der gesamte Jahres- bzw. Einmalbeitrag fällig, und es ist nur das Lastschriftverfahren möglich. Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter „Beitragszahlung“.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Abgabe Ihrer Anmeldung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihre Versicherungsbestätigung erhalten. Die Hallesche verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.
2. Sie haben bei der Hallesche eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Anmeldung (Annahmeerklärung) und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die Hallesche zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Anmeldung (Annahmeerklärung) bei der Hallesche.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu 2 Monate vor Zugang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung liegen, wenn die AVB dies vorsehen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein.

Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter „Beginn des Versicherungsschutzes“ und, soweit vorgesehen, unter „Wartezeiten“ sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“ und in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“ und unter „Wartezeiten“.

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif plus.U und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter „Kündigung/Abmeldung durch den Versicherungsnehmer“, „Ende der Versicherung“, „Sonstige Beendigungsgründe“, „Weiterversicherung“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Kündigung durch den Versicherer“. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt. In den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag finden Sie unter „Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag“ und „Weiterversicherung“ weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Textform und ist an die Hallesche Krankenversicherung zu richten.

Vertragssprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter „Gerichtsstand“.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen.

Hallesche Service-Telefon: 0711 6603-6603, Fax: 0711 6603-333, E-Mail: service@hallesche.de

Sie können daneben aber auch kostenfrei eine außergerichtliche Streitschlichtung in Anspruch nehmen.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Die Hallesche Krankenversicherung a. G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Telefon: 0800 2550-444 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030 2045-8931

E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann ist, dass

- bereits eine Stellungnahme der Hallesche Krankenversicherung a. G. vorliegt und
- die Streitigkeit nicht bereits beigelegt ist und
- der Wert des Streitgegenstands mindestens 50 € beträgt und
- der Anspruch nicht bereits verjährt ist und sich der Versicherer auf die Verjährung beruft und
- nicht bereits ein Verfahren bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist oder war und
- der Vorgang noch nicht an ein Gericht weitergeleitet wurde, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Verfahrens angeordnet, und
- kein vom Gericht wegen Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung abgewiesener Prozesskostenhilfeantrag vorliegt.

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- die Versicherungsbestätigung,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind –

jeweils in Textform zugeworfen sind.

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

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Löffelstraße 34–38, 70597 Stuttgart (Degerloch)

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0711 6603-333

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. (sofern eine Betreuung durch einen Third Party Administrator erfolgt) die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) (sofern eine Betreuung durch einen Third Party Administrator erfolgt) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

**Ihre
Hallesche Krankenversicherung**

Datenschutzerklärung ProZahn90

Einwilligungserklärung zum Datenschutz gegenüber der best advice

Ihre in der vorseitigen Beitrittserklärung gemachten personenbezogenen Angaben werden von der best advice für Zwecke der Vertragsverwaltung erhoben und verwendet sowie an die HALLESCHE Krankenversicherung für die Vertragsdurchführung übermittelt. Diese Einwilligungserklärung kann nicht widerrufen werden, weil der Vertrag sonst nicht weitergeführt werden kann.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten auch zur bedarfsgerechten Werbung für Versicherungsprodukte und andere Produkte der best advice. Dabei kontaktieren wir Sie per E-Mail oder per Brief mit persönlich auf Sie und Ihre Interessen bzw. Nutzung zugeschnittenen Informationen, Angeboten und Vorteilsaktionen zu best advice Leistungen. Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Datenschutzerklärung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag bzw. diese Anmeldung bzw. diese Angebotsanforderung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Hallesche Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Privaten Krankenversicherung benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Hallesche Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Hallesche Krankenversicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Hallesche Krankenversicherung

Ich willige ein, dass die Hallesche Krankenversicherung die von mir in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Hallesche Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Hallesche Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die Hallesche Krankenversicherung in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Hallesche Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hallesche Krankenversicherung einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hallesche Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Hallesche Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Hallesche Krankenversicherung – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Prüfung des Antrags bzw. der Anmeldung bzw. der Angebotsanforderung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen bzw. -anmeldungen bzw. -angeboten und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung an die Hallesche Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüberhinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Hallesche Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die Hallesche Krankenversicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hallesche Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Hallesche Krankenversicherung

Die Hallesche Krankenversicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Die Hallesche Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Hallesche Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Hallesche Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hallesche Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Hallesche Krankenversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe oder einer anderen Stelle.

Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die Hallesche Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Hallesche Krankenversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.hallesche.de/dienstleisterliste) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: Hallesche Krankenversicherung a.G., Löffelstraße 34–38, 70597 Stuttgart (Degerloch)) oder telefonisch unter 0711 6603-6603 angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Hallesche Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Hallesche Krankenversicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Hallesche Krankenversicherung Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre Versicherungsanmeldung bzw. Ihre Angebotsanforderung oder Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Hallesche Krankenversicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Hallesche Krankenversicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Hallesche Krankenversicherung unterrichtet.

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Hallesche Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Die Hallesche Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Hallesche Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung gespeichert.

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

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung

Im Rahmen der Antrags- bzw. Anmelde- bzw. Angebotsbearbeitung kann es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die Hallesche Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die Hallesche Krankenversicherung – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrags bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag bzw. dieser Anmeldung bzw. dieser Angebotsanforderung genannten Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen bzw. -anmeldungen bzw. -angeboten und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Anmeldung bzw. Angebotsanforderung an die Hallesche Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten durch die Hallesche Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die Hallesche Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

III. Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt seit dem 25.05.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Mit der DSGVO werden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vereinheitlicht. Dadurch wird der Schutz von personenbezogenen Daten insgesamt sichergestellt und der freie Datenverkehr innerhalb der Europäischen Union gewährleistet.

Die neuen Vorschriften der DSGVO sehen insbesondere ein hohes Maß an Transparenz bei der Datenverarbeitung und umfassende Rechte der betroffenen Personen vor.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.hallesche.de/datenschutz.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Hallesche und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Löffelstraße 34–38
70597 Stuttgart (Degerloch)
Telefon: 0711 6603-0
Fax: 0711 6603-333
E-Mail-Adresse: service@hallesche.de

Der Datenschutzbeauftragte ist gemäß DSGVO nicht der Verantwortliche für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten.

Die Beantwortung datenschutzrechtlicher Fragen erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit den für die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zuständigen Mitarbeitern. Sie erreichen unser Datenschutzmanagement bzw. unseren Datenschutzbeauftragten per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter datenschutz@hallesche.de.

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hallesche.de/code-of-conduct abrufen.

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe sowie für Markt- und Meinungsumfragen, ggf. unter Verwendung eines Marketingscores (siehe Punkt 10),
- zur Verbesserung der Qualität unserer Prozesse und Services, z. B. durch Kundenzufriedenheitsbefragungen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Hallesche Krankenversicherung unterrichtet und um Einwilligung gebeten.

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer ALH Gruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der ALH Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr.

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

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

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

Weitere Empfänger:

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

4. Dauer der Datenspeicherung

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

5. Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

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

6. Beschwerderecht

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

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
und die Informationsfreiheit

Königstraße 10a
70173 Stuttgart

7. Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

8. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

9. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zum Versicherungsvertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über die Leistungspflicht. Damit wollen wir Bearbeitungszeiten reduzieren. Die automatisierte Prüfung erfolgt standardisiert in Form regelbasierter Bearbeitungsschritte. Die Entscheidungen beruhen dabei beispielsweise auf der Anwendung verbindlicher tariflicher Regelungen und allgemein gültiger gebührenrechtlicher Vorschriften.

Ergibt die Prüfung eine negative Leistungsentscheidung, informieren wir über die Gründe in unserer Zahlungsmitteilung. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung besteht dann das Recht, dem Prüfungsergebnis zu widersprechen. Der für den Einspruch maßgebliche Standpunkt wird einer manuellen Prüfung und Entscheidung zugeführt.

10. Automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten

Wir verarbeiten Ihre Daten teilweise automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten. Dazu verwenden wir anerkannte mathematisch-statistische Verfahren unter Heranziehung der aktuellen Kundendaten.

Auf Basis der berechtigten Interessen des Versicherers gem. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO nutzen wir die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten,

- um Sie über Produkte informieren und beraten zu können. Dafür werden Ihre Daten über geeignete Verfahren bereitgestellt. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung. Eingeschlossen sind hier auch die Markt- und Meinungsumfragen,
- um mit einem Marketingscore (Kennzahl zur Einschätzung der Kundenbeziehung anhand vorliegender Daten) bedarfsgerecht eine werbliche Kundenansprache hinsichtlich unserer Services zu ermöglichen. Dazu werden diese persönlichen Daten mit Hilfe mathematisch-statistischer Verfahren analysiert,
- um Kundenzufriedenheitsbefragungen bedarfsgerecht durchführen zu können. Aus den Befragungsergebnissen erhalten wir Erkenntnisse, die es uns ermöglichen, unseren Service zu verbessern und unsere Prozesse zu optimieren.

Im Falle einer Nutzung von Gesundheitsdaten wird anlassbezogen eine separate Einwilligung eingeholt, um Ihnen bedarfsgerechte Serviceleistungen im Krankheitsfall sowie Vorsorgeleistungen zur Verfügung stellen zu können.

Von der Hallesche Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können	
Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
• Adressprüfung	• Adressermittler, Einwohnermeldeämter
• Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	• Wirtschaftsauskunfteien • Schufa Holding AG, Wiesbaden • Creditreform e. V., Neuss • Arvato Infoscore GmbH, Baden-Baden
• Betreuung von Versicherten und Bearbeitung von Kostenübernahme- sowie Erstattungsanträgen der Pflege-Pflichtversicherung	• LM+ Leistungsmanagement GmbH, Köln
• Datenträger-/Aktenentsorgung	• Entsorgungsunternehmen • documentus GmbH, Stuttgart
• Digitale Kommunikation	• mailingwork GmbH, Oederan
• Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	• Druckereien und Postdienstleister
• Durchführung von Web-Konferenzen und Bereitstellung einer Konferenz-Plattform	• CSN Communication Service Network GmbH, Düsseldorf
• Firmenkundenportal in der betrieblichen Krankenversicherung	• eVorsorge Systems GmbH, München
• Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren sowie Zwangsvollstreckung)	• Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hamburg • REAL Solution Inkasso GmbH & Co. KG, Hamburg
• Immobilienmanagement	• Verwalter, Hausmeisterdienste, Handwerker, Abrechnungsunternehmen, Architekten, Fachanwälte, Immobilienmakler, IT-Dienstleister, Projektentwickler, Werkunternehmer, Ingenieure, Gutachter, Vermessungsbüros, Steuerberater
• IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung, Archivierung von aufbewahrungspflichtigen Daten, System-Beratung und -Unterstützung)	• Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
• Marktforschung (Marktanalysen, Servicestudien, Kundenbefragungen auch im Rahmen von Ratings)	• Marketing-/Marktforschungsunternehmen, Ratingagenturen • ASSEKURATA (Ratingagentur), Köln
• Servicekartenherstellung („Card für Privatversicherte“)	• PAV Card GmbH, Lütjensee
• Treuhänderische Tätigkeiten	• Treuhänder
• Videoberatung (Bereitstellung der Infrastruktur für webbasierte Videochats)	• Flexperto, Frankfurt a. M.

* Liste der Dienstleister gemäß Ihrer „Datenschutzerklärung/Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung“

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland, Auskünfte und Informationen zu medizinischen Dienstleistern im Inland, medizinische Beratung und Videosprechstunde, Terminvereinbarung bei niedergelassenen Ärzten im Inland, Pflegedienstleistungen/-abrechnungen, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte)	- MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen - Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln - Global Medical Management Inc. (GMMI), Pembroke Pines, Florida (USA) - Anbieter medizinischer Produkte
Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	- MD Medicus Assistance Service GmbH, Ludwigshafen - Henner Group, Paris
Erstellung von medizinischen Gutachten, Beauftragung von medizinischen Nachuntersuchungen	- Ärztlicher Dienst der Hallesche - Medizinische Gutachter
Juristische Beratung	Rechtsanwälte
Net Promoter Score (NPS, Kundenzufriedenheitsmessung)	VIER GmbH, Hannover
Telefonie und unterstützender Kundenservice	- Concentrix, Nürnberg und Erfurt - Baruti GmbH, Stuttgart
Übersetzungen von Auslandsrechnungen	Übersetzungsbüros
Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)	- IBM Deutschland, Ehningen - Digi-Texx, München

Datenverarbeitung in der Alte Leipziger – Hallesche Gruppe (ALH Gruppe)

Zur ALH Gruppe gehören folgende Gesellschaften

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Alte Leipziger Lebensversicherung a. G. Hallesche Krankenversicherung a. G. Alte Leipziger Versicherung AG Alte Leipziger Holding AG Alte Leipziger Bauspar AG | <ul style="list-style-type: none"> Alte Leipziger Trust Investment-Gesellschaft mbH Alte Leipziger Treuhand GmbH Alte Leipziger Pensionskasse AG Alte Leipziger Pensionsfonds AG Alte Leipziger Pensionsmanagement GmbH |
|--|--|

Gemeinsame Verarbeitung von Stammdaten

- Die Stammdaten umfassen gemäß „Code of Conduct“ (Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft) Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge, Rollen der betroffenen Personen (z. B. Versicherungsnehmer, Hauptversicherter, Beitragszahler, Zahlungsempfänger), Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Widerspruchs-/Sperrvermerke (bzgl. Werbung und Markt-/Meinungsforschung) und andere Widersprüche, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler.
Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), können die Stammdaten des Versicherungsnehmers und Hauptversicherten sowie der versicherten Personen in der ALH Gruppe in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.
- Ansonsten bestehen für die Daten der jeweiligen Unternehmen der ALH Gruppe getrennte Datenhaltungen und Datenutzungen. Dies erfolgt im Einklang mit der aufsichtsrechtlich geforderten Spartenentrennung.

Verarbeitung personenbezogener Daten in der ALH Gruppe

- Bestimmte Aufgaben in der ALH Gruppe werden unternehmensübergreifend wahrgenommen. Hierbei kann es erforderlich sein, dass auch personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die Verarbeitung ist dann über Art. 6 Abs. 1f DSGVO („Berechtigte Interessen“) legitimiert oder es liegt eine Regelung vor durch arbeitsvertraglich festgelegte Verantwortlichkeiten oder mittels einer Vereinbarung gemäß Art. 26 DSGVO („Gemeinsam Verantwortliche“) bzw. Art. 28 DSGVO („Auftragsverarbeitung“).

Es handelt sich dabei um folgende Tätigkeitsbereiche:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Betrieblicher Datenschutz | • Informationstechnik | • Rechtsabteilung |
| • Betriebsorganisation | • Interne Revision | • Risikomanagement |
| • Compliance | • Marketing | • Vertriebsverwaltung |
| • Immobilienmanagement | • Personalwesen | • Vorstandsbereich |
| • Informationssicherheitsbeauftragter | • Rechnungswesen | |

Hinweis: Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.