

Vertragsgrundlage 300

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2008 (AVB/KK 2008)

Teil I: AVB/KK 2008

Seite 1 von 5 Stand: 01.2008

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Er gewährt im Versicherungsfall
 - 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 (Allgemeine Versicherungsbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 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 zwei Monate.
5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte 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 (§ 8 a 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 nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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 unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt vorgenommen wird. 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.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

§ 3 Fortsetzung

- Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2

- Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- 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 sowie approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind, in Anspruch genommen werden.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- 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.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehand-

- lung 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.
- 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- Keine Leistungspflicht besteht
 - 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;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - für ambulante Heilbehandlungen 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 Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heil-

- behandlung notwendig wird;
- entfallen;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- 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 sonstige Leistungen in einem auffälligen Mißverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 - Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 - Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung	<ol style="list-style-type: none"> 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 an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. 3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. 4. 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 laufen- 	<p>den Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 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. 6. 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 auf Grund 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. 7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
§ 8 a Beitragsberechnung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwer- 	<p>dens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge 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.
§ 8 b Beitragsanpassung	<ol style="list-style-type: none"> 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 geprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. 	<p>Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. 3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.
§ 9 Obliegenheiten	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	<ol style="list-style-type: none"> 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 unter der 	<p>Voraussetzung des § 28 Abs.1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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.
§ 12 Aufrechnung	<p>Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt</p>	<p>ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.</p>

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. 2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. 3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit 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 zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. 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 	<p>berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. 6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird. 7. 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.
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs.1 VVG (siehe Anhang). Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht sowie für eine nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird. 2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die 	<p>Voraussetzungen nach Abs.1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. 4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>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.</p>
--	--	---

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.	
§ 17 Gerichtsstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer in Deutschland seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. 2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland anhängig gemacht werden. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder hat er seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung 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 Änderung 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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 eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
§ 19 Wechsel in den Standardtarif	<p>Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr.2, 2a-2c SGB V (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 nach Nr. 1</p>	<p>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.</p>

Vertragsgrundlage 345

Tarife 030, 1030 - für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen der Heilfürsorge nicht übernommen werden

Seite 1 von 3 Stand: 01.2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

- Teil I: AVB/KK 2008 -

1. Leistungen des Versicherers

1.1 Allgemeines

1.1.1 Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange eine Vorleistungsversicherung besteht. Als Vorleistungsversicherung gilt die Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden.

1.1.2 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen werden in tariflichem Umfang erstattet, höchstens jedoch insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

1.1.3 Hat die Vorleistungsversicherung Leistungen erbracht, so wird dadurch noch keine Leistungspflicht aus dem Tarif begründet.

1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung für:

- a) Leistungen derjenigen Ärzte, die die Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren" führen, im Rahmen (vgl. 1.2.5) der jeweils gültigen Gebührenordnung;
- b) Leistungen der Heilpraktiker soweit sie innerhalb derjenigen Spanne liegen, nach der die Gebühren für vergleichbare ärztliche Leistungen in der Regel bemessen werden dürfen;
- c) Arznei- und Verbandmittel (Nähr- und Stärkungsmittel, Teekuren, Kurverordnungen, Mineralwasser, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind);
- d) Brillen und Kontaktlinsen;
- e) andere Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte einschließlich Hörbrillen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Bruchbänder, orthopädische Schuhe und Einlagen, Gummistrümpfe, Bandagen, Gipslieschalen, Korrekturschienen, Leibbinden, orthopädische Stützapparate und Kunstglieder, Rollstühle;

f) Fahrtkosten, die die Vorleistungsversicherung dem Grunde nach trägt, zu einer ambulanten Heilbehandlung;

g) Zahnersatz im Rahmen (vgl. 1.2.5) einer gültigen Gebührenordnung. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, sowie implantologische Leistungen. Gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.2.2 Unter den Versicherungsschutz fallen auch die Aufwendungen aus einer Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland während einer vorübergehenden Reise bis zu 2 Monaten Dauer für

- a) Leistungen der Ärzte und Wegegelder des Arztes für Entfernungen bis zum nächsterreichbaren Arzt;
- b) Arznei- und Verbandmittel;
- c) Heilmittel;
- d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles ärztlich verordnet werden;

e) stationäre Heilbehandlung;

f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Arzt;

g) schmerzstillende Zahnbehandlungen, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen. Mit Ausnahme der Reparaturen von Prothesen besteht für Zahnersatz kein Versicherungsschutz;

h) Rücktransport: die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport entstehenden notwendigen Aufwendungen. Die notwendigen Aufwendungen für eine nach diesem Tarif versicherte Begleitperson fallen ebenfalls unter den Versicherungsschutz;

i) unmittelbare Überführungskosten des Leichnams beim Tod der versicherten Person an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder aber unmittelbare Bestattungskosten, wenn der Leichnam nicht überführt wird.

Solange die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für Heilbehandlungen, die ein Grund für den Antritt der Reise waren.

1.2.3 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

1.2.4 Aufwendungen nach 1.2.1 e) und f) für die dort genannten Hilfsmittel und Fahrtkosten sind nur erstattungsfähig, wenn die Vorleistungsversicherung im einzelnen Leistungen zur Verfügung stellt.

1.2.5 Nicht erstattungsfähig sind Teile der Liquidation von Ärzten und Zahnärzten, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.

1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Von den in Ziff. 1.2.1 a) bis f) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen

- Leistungen der Ärzte für Naturheilverfahren (1.2.1a)
- Leistungen von Heilpraktikern (1.2.1b))
- Arznei und Verbandmittel (1.2.1c))
- Brillen und Kontaktlinsen (1.2.1d))
- andere Hilfsmittel (1.2.1e))
- und Fahrtkosten (1.2.1f)),

werden 50 % der nach Anrechnung einer etwaigen Leistung der Vorleistungsversicherung verbleibenden Restkosten (vgl. 1.1.2) gezahlt. Die Erstattung hierfür ist begrenzt auf 1.100 EUR je Kalenderjahr. Für Brillen und Kontaktlinsen (1.2.1 d)) ist die Erstattung im Einzelfall auf 80 EUR begrenzt.

1.3.2 Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 1.2.1 g) werden zu 20 % erstattet, höchstens jedoch insoweit als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden (vgl. 1.1.2). Diese Erstattungen werden nicht auf die Höchstgrenze in Ziffer 1.3.1 angerechnet.

1.3.3 Erstattungsfähige Aufwendungen gem. 1.2.2 werden zu 100 % erstattet. Die Aufwendungen für Überführungs- bzw. Bestattungskosten (1.2.2 i)) werden bis zu 12.000 EUR erstattet, jedoch Bestattungskosten nur bis zur Höhe der Kosten, die für eine Überführung entstanden wären.

2. Leistungen des Versicherungsnehmers	<p>2.1 Monatsbeiträge</p> <p>2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.</p> <p>2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.</p> <p>2.1.3 Ohne Text.</p> <p>2.1.4 21- bis 34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichen-</p>	<p>beitrag, zuzüglich eines vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden.</p> <p>2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen.</p> <p>Für Jugendliche und die nach Ziff. 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.</p>
3. Besondere Bestimmungen	<p>3.1 Zu § 1 AVB Teil I - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</p> <p>3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I) Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.</p> <p>3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I)</p> <p>a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.</p> <p>b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.</p> <p>3.2 Zu § 2 AVB Teil I - Beginn des Versicherungsschutzes Keine ergänzenden Bestimmungen.</p> <p>3.3 Zu § 3 AVB Teil I - Wartezeiten</p> <p>3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.</p> <p>3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I) Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.</p> <p>3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I) Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.</p> <p>3.3.4 Wartezeit für Leistungen nach Ziff. 1.2.2 Bei Heilbehandlungen, die gemäß Ziff. 1.2.2 erstattungsfähig sind, entfallen abweichend von § 3 (2) und (3) AVB Teil I die Wartezeiten.</p> <p>3.3.5 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.</p> <p>3.4 Zu § 4 AVB Teil I - Umfang der Leistungspflicht</p> <p>3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungser-</p>	<p>höhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen. Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.</p> <p>Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:</p> <p>a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.</p> <p>b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.</p> <p>3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.</p> <p>3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.</p> <p>3.4.4 Behandlung in gemischten Anstalten Eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers nach § 4 (5) AVB Teil I ist nicht erforderlich.</p>

Fortsetzung

- 3.5 Zu § 5 AVB Teil I - Einschränkung der Leistungspflicht**
3.5.1 Behandlung in einem Heilbad oder Kurort
 Der Versicherer leistet auch für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1) e) AVB Teil I).
- 3.6 Zu § 6 AVB Teil I - Auszahlung der Versicherungsleistungen**
3.6.1 Nachweise
 Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein.
 Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.
 Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.
- 3.6.2 Erstattung in Fremdwährung entstandener Kosten**
 Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum 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, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- 3.7 Zu § 7 AVB Teil I - Ende des Versicherungsschutzes**
 Keine ergänzenden Bestimmungen.
- 3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I - Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung**
3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)
 Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.
 Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einen anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.
- 3.8.2 Ohne Text**
- 3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)**
 a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.
 b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.
- 3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I - Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer.**
 Keine ergänzenden Bestimmungen.
- 3.10 ohne Text**
- 3.11 Zu § 15 AVB Teil I - Sonstige Beendigungsgründe**
3.11.1 Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet (§ 15 (3) AVB Teil I)
 Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland. Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
- 3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I - Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**
 Keine ergänzenden Bestimmungen.