



## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

**Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 94)**

**Teil II: Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung**

**Anhang: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG),  
der insbesondere die in Teil I der AVB (MB/KK 94) erwähnten Bestimmungen  
enthält, ist dem Bedingungstext beigegefügt.**

**Teil III: Krankheitskostentarife  
Tarife A0, A150, A300, A600, A1200  
SE, SM  
Z100, Z80**

Stand 3/2005

# Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 94)

## Teil II: Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung

### 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 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 (Musterbedingungen 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 Aufenthalts 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) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. 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.

##### II

- (1) Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersgrenze.
- (2) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 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 2 Monate hinaus, längstens aber für weitere 2 Monate.

#### § 2

##### Beginn des Versicherungsschutzes

##### I

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags 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 und 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

##### II

- (1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.  
Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, ist unbefristet.
- (2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
- (3) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß Teil I Abs. 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

#### § 3

##### Wartezeiten

##### I

- (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.
- (5) Personen, die aus einer 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 Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

##### II

- (1) Teil I Abs. 5 gilt analog für Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung mit einer Krankheitskostenvollversicherung zu uns wechseln.
- (2) Wird eine im Versicherungsantrag angezeigte Krankheit im Versicherungsschein nicht ausgeschlossen oder gegen Risikozuschlag mitversichert, dann besteht Anspruch auf Leistungen für die nach Ablauf der Wartezeit erforderliche Heilbehandlung.
- (3) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand möglichst auf einem Formblatt des Versicherers vorlegt. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsmaßiger Wartezeiten.
- (4) Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung (Teil I Abs. 3) beträgt nur 3 Monate.

#### § 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 Behandlern 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 Beitrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

## II

Es werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen mit den tariflichen Sätzen erstattet. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen von Heilpraktikern werden erstattet, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechnet werden und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

- a) **Ärztliche Leistungen**  
Als ärztliche Leistungen gelten die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbaren Leistungen. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Arztes erstattet. Erstattet werden auch Transporte in Notfällen bis zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus.
- b) **Leistungen von Heilpraktikern**  
Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern werden die Aufwendungen erstattet, soweit sie gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) berechnet werden und die Höchstsätze nicht überschreiten.
- c) **Psychotherapie**  
Aufwendungen für ambulante Psychotherapie werden nur erstattet, soweit sie von einem Arzt oder einem im Arztregister eingetragenen approbierten Psychotherapeuten durchgeführt wird. Diese Aufwendungen werden nur erstattet, wenn sie gemäß der jeweiligen Gebührenordnung berechnet werden und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten. Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.
- d) **Arzneimittel**  
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Ähnliches.
- e) **Heilmittel**  
Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen, wie Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie sowie Lichttherapie.
- f) **Hilfsmittel**  
Als Hilfsmittel gelten Brillengläser, Kontaktlinsen, Hörgeräte und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Krankenfahrstühle (bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 €), Bandagen, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, ferner die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, orthopädischen Schuhe und Einlagen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines Hilfsmittels.
- g) **Hausentbindung**  
Bei Hausentbindungen werden die Hebammenkosten sowie Kosten für ärztliche Behandlung erstattet. Außerdem zahlen wir zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) eine einmalige Pauschale in Höhe von 500 € pro Entbindung.
- h) **Allgemeine Krankenhausleistungen**  
Allgemeine Krankenhausleistungen sind der allgemeine Pflegegesetz, die besonderen Pflegesätze und die Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten, wenn keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen wird, auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, ferner gesondert berechnete Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km, mindestens aber bis zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.
- i) **Wahlleistungen**  
Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft (einschl. der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung).
- j) **Schwangerschaft und Entbindung**  
Für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gewährt. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 Teil I Abs. 2 eingeschlossen.
- k) **Zahnbehandlung**  
Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums. Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.
- l) **Zahnersatz, Kieferorthopädie**  
Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Für kieferorthopädische Leistungen gelten die Erstattungssätze für Zahnersatz.
- m) **Schutzimpfungen**  
Schutzimpfungen einschl. Impfstoff, soweit es sich um staatl. empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Grippeschutz- und Zeckenschutzimpfung handelt.

## § 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 Kriegereignisse 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 Grund 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.
  - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorseht;
  - 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 Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) (entfallen)
  - g) für Behandlungen durch Ehegatten, 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 oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

#### II

- (1) In Abänderung von Teil I Abs. 1 d) werden bei einer ambulanten Kurbehandlung bis zur Dauer von vier Wochen die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe mit den tariflichen Sätzen erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach dem Ablauf von 36 Monaten.
- (2) Die Leistungseinschränkung nach Teil I Abs. 1 e) entfällt.
- (3) Aufwendungen auf Grund von Pflegebedürftigkeit im Sinne eines Versicherungsfalls in der Pflegepflichtversicherung sind nicht erstattungsfähig.

## § 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 § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum aktuellen Kurs des Tags, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tags 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.
- (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.

#### II

- (1) Rechnungen sind im Original und als Urschrift erkennbar einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn nur Krankenhaustagegeld gezahlt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält.
- (2) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung einzureichen. Ausgestellte Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr sind bis spätestens 30. Juni des Folgejahrs vorzulegen.
- (3) Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (4) Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Teil I Abs. 6 insoweit nicht.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

### PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

## § 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs 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 Versicherungsjahrs neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahrs 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 wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig. Folgebeiträge sind am Monatsersten des jeweiligen Beitragszeitraums fällig.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahrs fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## II

- (1) (entfallen)
- (2) Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahrs, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahrs folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahrs folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.
- (3) Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
  - 1 % bei 1/4-jährlicher Zahlung
  - 2 % bei 1/2-jährlicher Zahlung
  - 4 % bei Jahreszahlung.
- (4) Bei säumiger Zahlung werden pro Mahnung angemessene Mahnkosten erhoben.
- (5) Beitragsrückerstattung
  - a) Zur Beitragsrückerstattung werden die in der Bilanz hierfür zurückgestellten Mittel verwendet. Für die Bildung dieser Rückstellung, die Festlegung der berechtigten Tarife und die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift sind die Grundsätze des Versicherungsaufsichtsgesetzes und die dazu erlassenen Rechtsverordnungen maßgebend, deren Einhaltung von der Aufsichtsbehörde überwacht wird.
  - b) Wird für die festgelegten Tarife eine Beitragsrückerstattung eingeräumt, so sind alle Personen teilnahmeberechtigt, die während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahrs (Kalenderjahrs) nach diesen Tarifen versichert waren, für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nicht erhalten haben und am 30. Juni des Folgejahrs nach diesen Tarifen ohne Beitragsrückstand noch versichert sind. Die Teilnahmeberechtigung bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahrs durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung endet. Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann jedoch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Kalenderjahre erfüllt sind. Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil.
  - c) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahrs vorgenommen.
  - d) Die ausschließliche Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zu Gunsten der Versicherten kann auch geschehen durch Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstands (z. B. Verlustabdeckung). In diesen Fällen bestimmt der Vorstand den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.
  - e) Die Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

## § 8 a Beitragsberechnung

- (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 die bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besondere 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.

## II

- (1) Bei einer Änderung der Beiträge bzw. des Versicherungsschutzes (Tarifwechsel) erfolgt eine in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß Teil I Abs. 2 innerhalb von Tarifen mit gleichartigem Leistungsbereich. Dabei wird auf den Tarifbeitrag der bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichten Lebensaltersgruppe ein Umstellungsrabatt eingeräumt.
- (2) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentartifen, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen sowie den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahrs des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung in den technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.

## § 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vohundertsatz, so werden alle Beiträge dieses Tarifs 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 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.
- (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, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

## II

Der in Teil I (1) genannte tariflich festgelegte Vohundertsatz beträgt 10 %.

## § 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung (Teil I Abs. 1) wird verzichtet.

### § 10

#### Folgen von Obliegenheitsverletzungen

##### I

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

### § 11

#### Ansprüche gegen Dritte

##### I

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 67 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

### § 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 Versicherungsjahrs, 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 zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis 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 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.
- (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 Schluss 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.

## II

- (1) Eine Krankheitskostenvollversicherung gemäß Teil I Abs. 3 liegt vor, wenn für die einzelne Person Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen besteht.
- (2) Die Regelungen zur Vertragsdauer sowie zur Festlegung des Versicherungsjahrs ergeben sich aus § 2 Teil II Abs. 1 und 2.

### § 14

#### Kündigung durch den Versicherer

##### I

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahrs kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

## II

- (1) Auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Teil I Abs. 2 für eine Krankheitskostenteilversicherung wird verzichtet.
- (2) Der Versicherer kann das Recht, wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer gemäß §§ 16 ff. VVG vom Vertrag zurückzutreten, nicht mehr ausüben, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind.

### § 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 Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts aus Deutschland, es sei denn, es wird auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in einen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.  
Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

## II

Liegt ein Ehescheidungs Urteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungen fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

## SONSTIGE BESTIMMUNGEN

### § 16

#### Willenserklärungen und Anzeigen

##### I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

### § 17

#### Klagefrist/Gerichtsstand

##### I

- (1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Orts anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Orts zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebs hat.

## § 18

### Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### I

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahrs, geändert werden
- bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
  - im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
  - bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrags beruhen,
- Im Falle des Buchstaben c) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.
- (2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
- (3) Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- (4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 3 gilt entsprechend.

## § 19

### Wechsel in den Standardtarif

#### I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2 a–2 c SGB V (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.

# Anhang: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

## Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 3 MB/KK 94), insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

### § 6 Obliegenheitsverletzung

Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

### § 11 Fälligkeit

Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge des Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

### § 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrags alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstands unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstands deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstands arglistig entzogen hat.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

### § 17 Unrichtige Anzeige

Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

### § 20 Rücktritt

Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfangs an zu verzinsen.

### § 21 Leistungspflicht trotz Rücktritt

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

### § 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

...

### § 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

### § 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

### § 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

### § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Standardtarif)

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buchs) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buchs bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buchs bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zu Gunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahrs (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrags ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes 2a nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

# Information für den Versicherungsnehmer

## über die Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung u. Hinweise auf Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten auf der Welt. Eine gute medizinische Versorgung hat natürlich ihren Preis. Der hohe Qualitätsstandard — dazu rechnen wir auch die Fortschritte der (kostenintensiven) Medizintechnik — ist einer der Gründe dafür, dass die Gesundheitskosten in den vergangenen Jahren stärker gestiegen sind als die Lebenshaltungskosten.

So erhöhten sich die Leistungsaufwendungen der PKV in den letzten 10 Jahren um rund 50 % je Versicherten; doch auch bei den gesetzlichen Krankenkassen nahmen sie um rd. 36 % zu. Denn diese Entwicklung trifft gesetzliche und private Krankenversicherung gleichermaßen. Doch während die gesetzlichen Krankenkassen seit Jahren mit Kostenverlagerungen hin zu den Versicherten reagieren, sind Leistungsverminderungen in der privaten Krankenversicherung weder möglich noch erwünscht.

Auch in der Zukunft werden sich daher Beitragsanpassungen (s. § 8 b der AVB) nicht umgehen lassen.

Doch haben wir durch eine Reihe von Maßnahmen vorgesorgt, dass Ihre private Krankenversicherung nicht nur jetzt, sondern auch im Alter erschwinglich bleibt.

### ● Zusätzliche Alterungsrückstellungen

Bereits seit 1992 schreiben wir unseren Versicherten in Tarifen, die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus aufbauen, eine zusätzliche Alterungsrückstellung gut, die nur zur Beitragsermäßigung bzw. zur Vermeidung von Beitragserhöhungen im Alter verwendet werden darf.

Diese zusätzlichen Alterungsrückstellungen wurden ab 1995 auf 80 %, ab Anfang 2000 weiter auf 90 % der über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge, den so genannten Überzins, erhöht.

### ● Gesetzlicher Zuschlag von 10 %

Seit Anfang 2000 ist für Neukunden zwischen 21 und 60 Jahren ein Beitragszuschlag von 10 % auf Vollkostentarife gesetzlich vorgeschrieben. Dieser Zuschlag wird unseren Kunden in voller Höhe als zusätzliche Alterungsrückstellung gutgeschrieben und verzinslich angesammelt; wir bilden für Sie also eine zusätzliche Altersvorsorge. Ab dem 65. Lebensjahr werden die vorhandenen Mittel verwendet, Beitragsanpassungen möglichst zu vermeiden und die Beiträge stabil zu halten. Ab dem 80. Lebensjahr werden verbleibende Mittel zur Beitragsenkung herangezogen.

### ● Senioren-Standardtarif bietet zusätzliche Sicherheit

Mit dem Senioren-Standardtarif, den wir Mitte 1994 einführen, wird dem Versicherten zugesichert, dass er ab dem 65. Lebensjahr, unter bestimmten Voraussetzungen auch früher, die Möglichkeit hat, nicht mehr als den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu zahlen. Für Beihilfeberechtigte wurde zum 1.7.2000 ein beihilfekonformer Standardtarif eingeführt, bei dem sich Höchstbeiträge und Erstattungssätze nach dem Beihilfeanspruch richten. Der Leistungsumfang des Standardtarifs orientiert sich an dem der GKV. Der Versicherte stellt sich damit nicht schlechter als in der GKV.

Allerdings sind wir der Meinung, dass unsere Versicherten diese Alternative im Normalfall nicht ins Auge fassen müssen, da wir davon ausgehen, dass die Normaltarife bezahlbar bleiben — doch bietet sie dem Kunden eine zusätzliche Sicherheit.

## Informationsblatt des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen gemäß § 10a Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

### Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter,

Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahrs möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer keine Annahmepflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

## Merkmale zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich die Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, endet jedoch — außer in der Lebens- und Unfallversicherung — schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie im 1. Absatz beschrieben, erfolgen.

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegt, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

### 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

### 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Ver-

sicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

#### 4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

#### 5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite und Bausparen) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten — wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten — bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

**HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse  
kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg**

**HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG**

**HUK-COBURG-Lebensversicherung AG**

**HUK-COBURG-Krankenversicherung AG**

**HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG**

**HUK-COBURG-Bausparkasse AG**

**HUK24 AG**

**HUK-COBURG-Assistance GmbH**

#### 6. Betreuung durch Vertrauensleute

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch unsere Vertrauensleute betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen beraten.

Um diese Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vertrauensleute zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrags. Zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertrauensmann auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vertrauensleute verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertrauensmann ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Die Regelungen dieses Abschnitts gelten sinngemäß auch für die Zusammenarbeit mit den für unsere Unternehmen vermittelnden Kooperationspartnern.

#### 7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

# Teil III: Krankheitskostenversicherung

## Tarife

- für ambulante Heilbehandlung
- für stationäre Heilbehandlung
- für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

## Tarife A0, A150, A300, A600, A1200 für ambulante Heilbehandlung

### I. Versicherungsleistungen

- a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Teil II a bis g, j und m AVB) werden zu 100 % ersetzt. Aufwendungen für Brillengestelle sind innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 125 € erstattungsfähig. Die Versicherungsleistungen mindern sich um den ggf. vereinbarten Selbstbehalt.
- b) Der Selbstbehalt beträgt — pro Person und Kalenderjahr — bei
- |            |       |             |        |
|------------|-------|-------------|--------|
| Tarif A0   | 0 €   | Tarif A600  | 600 €  |
| Tarif A150 | 150 € | Tarif A1200 | 1200 € |
| Tarif A300 | 300 € |             |        |
- Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung während des II. Quartals eines Kalenderjahrs, so ermäßigt sich für das restliche Kalenderjahr der Selbstbehalt um 25 %, bei Beginn im III. Quartal um 50 % und bei Beginn im IV. Quartal um 75 %. Entsprechendes gilt bei erstmaliger Vereinbarung oder bei Erhöhung eines Selbstbezalts während eines Kalenderjahrs.

Bei einer Reduzierung des Selbstbezalts gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt jeweils angerechnet. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahrs, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

#### c) Auslandskrankenrücktransport

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (bis zu 2 Monaten) übernehmen wir den medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus, wenn der Versicherte im Ausland akut und unvorhergesehen erkrankt oder im Ausland verunfallt. Dies gilt auch bei einer akuten und unvorhergesehenen Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung. Hierfür bieten wir einen 24-Stunden-Notrufservice an. Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde. Soweit für den Rücktransport ein Dritter leistungspflichtig ist, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

### II. Monatsbeiträge

Der gesetzliche Zuschlag von 10 %, der ab 1.1.2000 für Neukunden zwischen 21 und 60 Jahren vorgeschrieben ist, ist in den Tarifbeiträgen **nicht** enthalten.

Alter	A0		A150		A300		A600		A1200	
	Männer €	Frauen €								
Kinder Jugendliche	77,98 77,98	77,98 115,—	66,77 66,77	66,77 92,34	48,96 48,96	48,96 73,33	27,92 27,92	27,92 37,08	11,14 11,14	11,14 14,73
21	117,46	200,62	78,26	168,22	69,44	141,08	56,93	109,67	28,03	50,94
22	121,81	208,10	81,90	174,71	72,81	147,43	58,88	114,84	29,53	54,49
23	126,03	214,48	85,43	180,32	76,07	153,03	60,90	119,42	30,99	57,77
24	130,14	219,97	88,84	185,23	79,24	158,00	62,98	123,53	32,42	60,79
25	134,18	224,73	92,16	189,58	82,35	162,46	65,12	127,24	33,85	63,59
26	138,17	228,92	95,39	193,48	85,43	166,49	67,32	130,66	35,29	66,20
27	142,16	232,66	98,52	197,05	88,50	170,18	69,61	133,85	36,76	68,65
28	146,15	236,07	101,58	200,39	91,57	173,60	71,98	136,87	38,27	70,95
29	150,19	239,24	104,61	203,58	94,68	176,84	74,44	139,76	39,84	73,14
30	154,00	242,27	107,63	206,70	97,83	179,94	77,02	142,59	41,48	75,25
31	157,89	245,23	110,67	209,82	101,04	182,98	79,71	145,40	43,20	77,30
32	161,88	248,19	113,76	213,00	104,32	186,04	82,52	148,24	45,01	79,32
33	165,99	251,20	116,92	216,30	107,68	189,17	85,48	151,16	46,91	81,34
34	170,24	254,31	120,17	219,75	111,13	192,47	88,58	154,22	48,90	83,38
35	174,65	257,59	123,53	223,41	114,67	195,98	91,82	157,45	50,98	85,49
36	179,22	261,10	127,03	227,31	118,31	199,76	95,22	160,90	53,15	87,68
37	183,96	264,88	130,64	231,49	122,04	203,85	98,77	164,60	55,40	89,99
38	188,87	268,98	134,37	235,98	125,87	208,26	102,48	168,56	57,74	92,44
39	193,95	273,42	138,23	240,77	129,79	213,01	106,34	172,80	60,18	95,04
40	199,21	278,23	142,24	245,86	133,81	218,08	110,36	177,30	62,71	97,80
41	204,65	283,38	146,40	251,24	137,92	223,47	114,54	182,04	65,35	100,71
42	210,27	288,86	150,74	256,89	142,12	228,75	118,89	187,00	68,09	103,76
43	216,06	294,63	155,25	262,77	146,41	234,25	123,40	192,14	70,94	106,93
44	222,04	300,62	159,97	268,84	150,80	239,95	128,08	197,42	73,89	110,20
45	228,18	306,78	164,91	275,04	155,28	245,78	132,94	202,78	76,94	113,54
46	234,50	313,01	170,08	281,32	159,85	251,69	137,97	208,18	80,08	116,94
47	240,98	319,25	175,35	287,62	164,52	257,64	143,17	213,58	83,32	120,39
48	247,63	325,45	180,72	293,88	169,27	263,59	148,56	213,94	86,66	123,85
49	254,43	331,56	186,21	300,08	174,12	269,50	154,14	224,25	90,13	127,29
50	261,39	337,57	191,82	306,17	179,06	275,36	159,91	229,50	93,75	130,67
51	268,49	343,47	197,57	312,13	184,09	281,17	165,89	234,71	97,52	133,98
52	275,72	349,26	203,47	317,94	189,21	286,92	172,06	239,89	101,46	137,21
53	283,09	354,95	209,54	323,56	194,43	292,64	178,45	245,07	105,57	140,34
54	290,57	360,56	215,78	328,97	199,73	298,33	185,05	250,29	109,87	143,42
55	298,17	366,10	222,23	334,17	205,13	304,01	191,88	255,57	114,33	146,47
56	305,87	371,59	228,89	339,16	210,62	309,66	198,66	260,95	118,97	149,54
57	313,65	377,03	235,69	343,98	216,21	315,29	205,37	266,42	123,76	152,70
58	321,52	382,45	242,62	348,65	221,88	320,90	212,03	271,99	128,70	156,01
59	329,45	387,84	249,67	353,23	227,65	326,47	218,61	277,64	133,76	159,53
60	337,45	393,18	256,83	357,75	233,51	332,00	225,12	283,38	138,93	163,25
61	345,37	398,43	263,98	362,27	239,48	337,49	231,58	289,25	144,17	167,13
62	353,21	403,59	271,07	366,81	245,56	342,93	237,99	295,27	149,47	171,12
63	360,96	408,65	278,08	371,39	251,76	348,32	244,37	301,46	154,81	175,17
64	368,62	413,63	285,00	376,02	258,07	353,65	250,76	307,85	160,19	179,22
65	376,16	418,53	291,79	380,69	264,49	358,90	257,15	314,16	165,56	183,22

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter): Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahrs, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahrs folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahrs folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.

# Tarife SE und SM für stationäre Heilbehandlung

## I. Versicherungsleistungen

- a) Die Versicherungsleistungen sind bei Tarif
- SE 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 4 Teil II h und j AVB) und Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie gesondert berechenbare ärztliche Leistungen; § 4 Teil II i und j AVB).
  - SM 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 4 Teil II h und j AVB).
- b) Nach Tarif SE Versicherte erhalten — falls sie nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen geltend machen — ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 40 €.
- c) Nach Tarif SM Versicherte erhalten bei zusätzlicher Inanspruchnahme von Wahlleistungen die erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen ersetzt.
- d) Bei den Tarifen SE und SM: Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten stationären Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung, die in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wird, sind die im § 5 Teil II Abs. 1 der AVB genannten Leistungen bis zur Dauer von 4 Wochen ebenfalls erstattungsfähig, soweit nicht ein anderer Kostenträger leistet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 36 Monaten.

## II. Monatsbeiträge (ohne 10 % gesetzl. Zuschlag)

Alter	SE		SM	
	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €
Kinder Jugendliche	20,97 20,97	20,97 30,65	14,80 14,80	14,80 19,71
21	40,25	56,95	23,17	40,15
22	41,71	59,55	24,00	40,43
23	43,09	61,85	24,82	40,70
24	44,43	63,90	25,64	40,97
25	45,78	65,76	26,46	41,25
26	47,15	67,44	27,30	41,53
27	48,55	68,98	28,16	41,81
28	50,02	70,42	29,04	42,10
29	51,56	71,78	29,97	42,40
30	53,19	73,08	30,93	42,78
31	54,92	74,36	31,95	43,25
32	56,76	75,64	33,03	43,80
33	58,71	76,96	34,17	44,44
34	60,79	78,36	35,38	45,18
35	63,00	79,88	36,66	46,02
36	65,33	81,55	38,02	46,96
37	67,80	83,39	39,47	48,00
38	70,40	85,41	41,01	49,15
39	73,13	87,63	42,65	50,41
40	76,01	90,03	44,38	51,78
41	79,01	92,63	46,18	53,27
42	82,16	95,40	48,05	54,86
43	85,44	98,35	49,98	56,57
44	88,85	101,46	51,98	58,39
45	92,39	104,73	54,04	60,33
46	96,06	108,15	56,16	62,38
47	99,85	111,70	58,34	64,55
48	103,76	115,38	60,57	66,83
49	107,79	119,17	62,86	69,22
50	111,94	123,05	65,19	71,72
51	116,20	127,02	67,56	74,34
52	120,56	131,08	69,97	77,06
53	125,04	135,25	72,42	79,89
54	129,62	139,52	74,89	82,77
55	134,31	143,93	77,39	85,72
56	139,10	148,48	79,92	88,73
57	144,01	153,17	82,45	91,78
58	149,03	158,02	85,01	94,88
59	154,20	163,03	87,57	98,02
60	159,53	168,19	90,15	101,19
61	165,03	173,48	92,74	104,39
62	170,75	178,91	95,34	107,61
63	176,71	184,43	97,94	110,84
64	182,96	190,02	100,56	114,09
65	189,55	195,66	103,17	117,36

- e) Kurleistungen (ambulante Kur, stationäre Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung) werden für 4 Wochen innerhalb von 36 Monaten insgesamt nur einmal erbracht.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahrs, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahrs folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahrs folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.

# Tarife Z100 und Z80 für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

## I. Versicherungsleistungen

1. a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (§ 4 Teil II k AVB) und für Zahnersatz sowie Kieferorthopädie (§ 4 Teil II l AVB) werden gemäß dem versicherten Tarif ersetzt.

b) Die Erstattungssätze betragen bei

Tarif

Z100	Z80	
100 %	80 %	für Zahnbehandlung
80 %	60 %	für Zahnersatz, Kronen, Inlays, Onlays und Kieferorthopädie

c) Für Zahnersatz, Kronen, Inlays, Onlays und Kieferorthopädie sind die erstattungsfähigen Aufwendungen pro versicherte Person in den ersten beiden Versicherungsjahren auf jeweils 1.000 € begrenzt, das heißt, bei der Errechnung der Versicherungsleistung wird von höchstens 1.000 € ausgegangen. Im dritten Versicherungsjahr erhöht sich dieser Betrag auf 1.500 €.

Diese Begrenzungen entfallen

- ab dem vierten Versicherungsjahr,
- für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Zu den Aufwendungen für Zahnersatz, Kronen, Inlays, Onlays und Kieferorthopädie zählen auch die jeweils dafür notwendigen Zahnarzt-, Material- und Reparaturkosten.

d) Bei Zahnersatz, Kronen, Inlays, Onlays und Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls der zu erwartende Gesamtbetrag 3.000 € übersteigt. Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen dem Versicherungsnehmer mit.

Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 3.000 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

e) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

2. Die Tarife Z100 und Z80 können nur in Verbindung mit Tarifen für ambulante **und** stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer dieser Tarife weg, so endet damit — auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle — die Versicherung nach den Tarifen Z100 und Z80.

## II. Monatsbeiträge (ohne 10 % gesetzlicher Zuschlag)

Alter	Z100		Z80	
	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €
Kinder Jugendliche	19,97 21,14	19,97 25,40	9,86 12,11	9,86 15,39
21—65	34,54	48,10	19,33	22,50

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahrs, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahrs folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahrs folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.