

Der Tarif GZE1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009), Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 09). § 10 TB/KK 09 findet keine Anwendung. Abweichend von § 6 (5) RB/KK 2009 werden Übersetzungskosten nicht von den Leistungen abgezogen.

Versicherungsfähig nach Tarif GZE1 sind Personen, die Mitglied bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienhilfe Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen GKV oder in der Bundesrepublik Deutschland einen der deutschen GKV gleichartigen Anspruch haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Central innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen. Der Vertrag kann nach anderen Tarifen der Central nahtlos fortgesetzt werden. In diesem Fall wird auf die Einhaltung erneuter Wartezeiten und auf eine erneute Gesundheitsprüfung in Höhe der Leistungszusage im Tarif GZE1 verzichtet.

## LEISTUNGEN DES VERSICHERERS FÜR TARIF GZE1

### 1. Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür. Für den Austausch intakter plastischer Füllungen besteht keine Leistungspflicht. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, einer befreienden privaten Zahnersatzversicherung und einer ggf. vorhandenen weiteren Zahnersatzzusatzversicherung, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, bis zu 80 % des Rechnungsbetrages übernommen. Die Erstattung nach Tarif GZE1 beträgt jedoch höchstens 40 % des Rechnungsbetrages.

Der Umfang der Versicherungsleistungen nach Tarif GZE1 für Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür wird in den ersten fünf Jahren nach Versicherungsbeginn begrenzt, und zwar

- im ersten Jahr nach Versicherungsbeginn auf € 1.000,-,
- im zweiten Jahr nach Versicherungsbeginn auf € 2.000,- abzüglich der Versicherungsleistungen im ersten Jahr nach Versicherungsbeginn,
- im dritten Jahr nach Versicherungsbeginn auf € 3.000,- abzüglich der Versicherungsleistungen in den ersten zwei Jahren nach Versicherungsbeginn,
- im vierten Jahr nach Versicherungsbeginn auf € 4.000,- abzüglich der Versicherungsleistungen in den ersten drei Jahren nach Versicherungsbeginn,
- im fünften Jahr nach Versicherungsbeginn auf € 5.000,- abzüglich der Versicherungsleistungen in den ersten vier Jahren nach Versicherungsbeginn.

Ab dem sechsten Jahr nach Versicherungsbeginn entfällt die summenmäßige Begrenzung der Versicherungsleistungen. Die Aufwendungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt, die Zahnkronen, Inlays oder der Zahnersatz eingesetzt wurden. Bei einem durch Unfall bedingten Versicherungsfall entfallen die summenmäßigen Begrenzungen der Versicherungsleistungen.

### 2. Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Sehhilfen.

Die nach Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bis höchstens € 125,- je Versicherungsfall übernommen. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für diese Versicherten nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien bezogen auf ein Auge.

Die nach Anrechnung der Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden für Versicherte, die das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben, bis höchstens € 125,- je Versicherungsfall übernommen, sofern ein Leistungsanspruch für Sehhilfen gegenüber der GKV besteht.

### 3. Kurtagegeld

Bei einer medizinisch notwendigen, von einem Sozialversicherungsträger genehmigten, stationären Kurbehandlung in einer Vorsorge-, Rehabilitations- oder Kureinrichtung wird ein Kurtagegeld von € 12,50 pro Kalendertag bis zu einer Dauer von 22 Tagen erbracht.

### 4. Auslandsschutz

Bei kurzfristigen Auslandsreisen mit einer Dauer von höchstens acht Wochen werden die nach eventueller Vorleistung der GKV verbleibenden

- a) erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie für schmerzstillende Zahnbehandlung (nicht für Zahnersatz) übernommen.
- b) Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransportes aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland übernommen, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.
- c) im Todesfall notwendigen Mehrkosten einer Überführung in den Heimatort oder die notwendigen Mehrkosten, die in der Bestattung am ausländischen Sterbeort begründet sind, bis zu € 10.000,- übernommen.

Mehrkosten im Sinne dieser Bedingungen sind

- im Fall des Krankenrücktransportes die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten,
- im Todesfall diejenigen Kosten, welche die beim Ableben des Versicherten am Heimatort üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.

Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KK 2009 entfallen für den unter 4. aufgeführten Versicherungsschutz bei kurzfristigen Auslandsreisen die dreimonatige Wartezeit und die achtmonatige Wartezeit für schmerzstillende Zahnbehandlung. Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Behandlung im Ausland unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

### 5. Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt werden die unter Anrechnung der Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen, nämlich
  - aa) die Mehrkosten, die entstehen können, wenn ein Versicherter ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählt. Werden keine Leistungen der GKV nachgewiesen, werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie bei Vorleistung durch die GKV zu erstatten wären.
  - ab) die Zuzahlung im Krankenhaus nach § 39 Abs. 4 SGB V.
- b) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung im Krankenhaus und zurück bis zu einer Entfernung von jeweils 100 km.

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung wird unabhängig von der Leistungszusage der GKV geprüft. In Ausnahmefällen, insbesondere bei Inanspruchnahme von Krankenanstalten, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen, können die Leistungen abgelehnt werden, auch wenn die GKV leistet. § 4 (5) RB/KK 2009 weist deshalb darauf hin, in derartigen Fällen den Leistungsanspruch vor Behandlungsbeginn prüfen zu lassen.

Bei stationärer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung besteht kein Leistungsanspruch.

## **6. Selbstbehalt in der GKV**

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

## **7. Nachweise**

Mit dem Erstattungsantrag sind folgende Nachweise zu erbringen:

Für die Leistungen nach Nummer

1. die Vorleistung der GKV, einer befreienden privaten Zahnersatzversicherung und einer ggf. vorhandenen weiteren Zahnersatzzusatzversicherung,
2. die Vorleistung der GKV,
3. die Genehmigung einer stationären Kurbehandlung in einer Vorsorge-, Rehabilitations- oder Kureinrichtung durch einen Sozialversicherungsträger,
4. die Vorleistung der GKV und der Reisebeginn,
5. die Vorleistung der GKV.

## **8. Dynamisierung**

- a) Bei einer Beitragsanpassung können unter den Voraussetzungen des § 11 RB/KK 2009 das Kurtagegeld (vgl. 3.), das Krankenhaustagegeld (vgl. 5.) sowie betragsmäßig festgelegte Leistungsbegrenzungen (vgl. 1., 2., und 4.) mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- b) Die geänderten Beträge werden – ebenfalls mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse – zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Der Tarif unfall gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009), Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2009).

### 1. Aufnahmehöchstalter

Der Tarif unfall kann von Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Abschlusses das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

### 2. Geltungsbereich

Abweichend von § 1 (4) RB/KK 2009 sowie § 2 TB/KK 2009 erstreckt sich der Versicherungsschutz nach Nr. 4 ausschließlich auf Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland.

### 3. Beiträge / Überschussbeteiligung

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis im Sinne von § 10 (2) RB/KK 2009 wird nicht gebildet.

Entsprechend findet § 12 Satz 2 RB/KK 2009 keine Anwendung.

Die Beitragsberechnung einschließlich der Beitragsanpassung (§§ 10 und 11 RB/KK 2009) erfolgt nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs unfall.

### 4. Umfang der Versicherungsleistungen

Bei stationärer Heilbehandlung wegen Unfallfolgen werden nach eventueller Vorleistung anderer Kostenträger verbleibende Aufwendungen erstattet für

- a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- b) gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer.

Wird die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen oder einer gesondert berechneten Unterbringung im Zweibettzimmer nicht beansprucht, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von jeweils täglich € 15,- gewährt.

Die Leistungspflicht endet, wenn nach medizinischem Befund stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens jedoch 24 Monate nach dem Unfallereignis.

Bei einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sowie bei einer stationären kur- oder sanatoriumsmäßigen Rehabilitationsmaßnahme besteht kein Leistungsanspruch.

Bei Inanspruchnahme von Krankenanstalten, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen, ist § 4 (5) RB/KK 2009 zu beachten.

### 5. Definition des Unfallbegriffs

Ein Unfall liegt vor,

- wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, oder
- wenn durch erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrissen oder gezerrt werden.

### 6. Leistungsausschlüsse

6.1 Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle.

6.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die ursächlich

- auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen.
- auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.
- im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt.
- auf der Ausübung
  - folgender Sportarten beruhen: Skispringen, Tauchen, Drachenfliegen, Motorrennsport, Boxen, Kick- oder Thaiboxen, Vollkontakt Karate, Rugby, Bergsteigen oder Free Climbing.
  - ebenso risikoreicher Sportarten beruhen.

6.3 Kein Versicherungsschutz besteht für

- Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen / -bissen sowie Zeckenbissen,
- Bauch- oder Unterleibsbrüche,
- Schäden an Bandscheiben.

### 7. Ende der Versicherung / Vertragsfortsetzung

Die Versicherung nach Tarif unfall endet mit Vollendung des 65. Lebensjahrs der versicherten Person. Eine Vertragsfortsetzung kann zu modifizierten Bedingungen vereinbart werden.

### 8. Sonstiges

8.1 Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden.

8.2 Bei einer Beitragsanpassung kann unter den Voraussetzungen des § 11 (1) RB/KK 2009 der in Nr. 4 aufgeführte Geldbetrag mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Der Tarif EKTZ gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 2009), Teil II Tarifbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (TB/KT 2009). § 18 (1) RB/KT 2009 und § 10 TB/KT 2009 finden keine Anwendung. Bei einem vereinbarten Krankentagegeld von nicht mehr als € 30,- findet § 4 (2) - (4) RB/KT 2009 keine Anwendung.

### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif EKTZ sind erwerbstätige Personen, die Mitglied bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

### 2. Leistungen des Versicherers

2.1 Das Krankentagegeld wird für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 1 (3) RB/KT 2009 ab dem 43. Tag (7. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung gezahlt, soweit diese durch Krankheit oder Unfall verursacht wird.

2.2 Das Krankentagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt.

2.3 Arbeitsunfälle und diesen gesetzlich gleichgestellte Berufskrankheiten sind in den Versicherungsschutz einbezogen.

2.4 Ergänzend zu § 1 TB/KT 2009 gilt für freiberuflich oder selbstständig Tätige: Tritt innerhalb von 6 Monaten nach Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge der letzten 12 Monate vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit angerechnet. Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der vorangegangenen, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

### 3. Umfang der Versicherungsleistungen (versicherbares Krankentagegeld)

Als Krankentagegeld können unter Beachtung der in § 4 (2) RB/KT 2009 festgelegten Begrenzung ganzzahlige Vielfache von € 1,- versichert werden.

### 4. Leistungsanpassung

Erstmalig zum 01.01. des übernächsten auf den Versicherungsbeginn nach Tarif EKTZ folgenden Kalenderjahres und danach von diesem Zeitpunkt an gerechnet in Abständen von jeweils 24 Monaten erhöht sich das vereinbarte Krankentagegeld um jeweils € 3,-, sofern das Krankentagegeld nach Tarif EKTZ damit nicht über € 30,- liegt.

Bei mehreren in einem Vertrag versicherten Personen richtet sich der Zeitpunkt der Leistungsanpassung jeweils für alle Personen nach der Person, die zuerst nach Tarif EKTZ versichert war.

Die Höherstufung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten vorgenommen. Die für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif EKTZ vereinbarten Risikozuschläge bzw. Leistungsbeschränkungen gelten entsprechend auch für die Höherstufung.

Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an der erhöhte Versicherungsschutz gewährt.

Die Einzelheiten der Leistungsanpassung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Leistungsanpassung mitgeteilt.

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich abgelehnt hat.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinanderfolgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen.

### 5. Gefahrerhöhende berufliche Tätigkeit

Für gefahrerhöhende berufliche Tätigkeiten können besondere Risikozuschläge vereinbart werden.

### TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN 2009 (RB/KK 2009)

### TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN (TB/KK 09)

## 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. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
  - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif), 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 § 19 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, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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 (§ 10 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.

### Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KK 2009 Versicherungsfall

- (1) Sofern der Tarif nichts anderes bestimmt, umfasst der Versicherungsschutz auch die Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen Arzt durchgeführt wird.

Ist der Behandler ein in eigener Praxis tätiger und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sind psychotherapeutische Leistungen nur erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr in tariflichem Umfang erstattet.

- (2) Der Versicherungsschutz der Tarife mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung umfasst auch die Aufwendungen für Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus-Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zekenschutzimpfung).

### Teil II: § 2

zu § 1 (4) RB/KK 2009 Geltungsbereich

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wird in der Krankheitskostenversicherung Versicherungsschutz auch über die in § 1 (4) RB/KK 2009 genannte Frist hinaus gewährt, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherer vor Reiseantritt über Aufenthaltsdauer und -ort unterrichtet.

### § 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 mit Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des 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.

### Teil II: § 3

zu § 2 (2) RB/KK 2009 Versicherungsschutz bei Neugeborenen

- (1) Abweichend von § 2 (2) Satz 2 RB/KK 2009 kann beim Versicherungsschutz des Neugeborenen eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung gewählt werden als die eines versicherten Elternteils.
- (2) Der Versicherer erstattet die Unterbringungskosten für den gesunden Säugling bis zu 10 Tagen; über diesen Zeitraum hinaus werden die Unterbringungskosten solange gewährt, wie die Mutter nach dem Wochenbett aus Gründen medizinisch notwendiger Heilbehandlung im Krankenhaus verbleiben muss. Voraussetzung ist die fristgemäße Nachversicherung des Säuglings.

### § 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.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens 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.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### Teil II: § 4 Wartezeiten

- (1) zu § 3 (2) und (3) RB/KK 2009

- a) Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung für den Versicherungsschutz nach Ambulant-, Stationär- und Zahntarifen bei Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung zum Versicherer wechseln und bei denen die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt, auf die Einhaltung der Wartezeiten.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person bei dem bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht und entsprechend weiter vereinbart wird.

- b) Abweichend von § 3 (3) RB/KK 2009 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.

- (2) zu § 3 (4) RB/KK 2009

Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif oder 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 zuge-

sagt 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 erfolgversprechend 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.

#### Teil II: § 5 Umfang der Leistungspflicht

- (1) zu § 4 (1–5) RB/KK 2009 Heilbehandlung und Vorsorgemaßnahmen  
Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnungen überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.

- (2) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Arzneimittel

- a) Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.
- b) Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und ähnliches werden nicht erstattet.

- (3) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten die im Gebührenverzeichnis der geltenden Gebührenordnung für Ärzte unter Abschnitt E „Physikalisch-medizinische Leistungen“ aufgeführten Leistungen, soweit sie von einem der unter § 4 (2) RB/KK 2009 aufgeführten Therapeuten oder von einem staatlich geprüften Masseur oder von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister erbracht werden.

- (4) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Hilfsmittel

- a) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Augengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen, orthopädische Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel, Hörgeräte und handbetriebene Standardkrankenfahrstühle.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillengestelle sind begrenzt auf die Kosten der mittleren Preislage\*. Bei orthopädischen Schuhen sind die Mehrkosten gegenüber normalem Lederschuhwerk\* einmal im Kalenderjahr erstattungsfähig.

\* Die jeweils gültigen Beträge für „mittlere Preislage“ sowie für „normales Lederschuhwerk“ werden in der Jahresmitteilung bekanntgegeben.

- b) Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central über das Hilfsmittel-Management der Central bezogen werden:

Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herztätigkeit von Kleinstkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.

- c) Kosten für sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate sind nicht erstattungsfähig.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

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

- b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
  - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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.
  - (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
  - (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### Teil II: § 6

zu § 5 (1) RB/KK 2009 Einschränkung der Leistungspflicht  
Abweichend von § 5 (1) e) RB/KK 2009 werden die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet.

#### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Kundeninformation).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Überweisungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### Teil II: § 7

zu § 6 RB/KK 2009 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) zu § 6 (1) RB/KK 2009 Leistungsunterlagen

Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.

Insbesondere müssen sie enthalten:

Vor- und Zunamen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Behandlungstage, Honorare für die einzelnen Behandlungen, den in Rechnung gestellten Krankenhauspflegesatz, die Pflegeklasse und den für Selbstzahler offiziellen Pflegesatz des aufgesuchten Krankenhauses.

- (2) zu § 6 (4) RB/KK 2009 Umrechnungskurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.

- (3) zu § 6 (5) RB/KK 2009 Überweisungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut; bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

#### Teil II: § 8

zu § 6 (6) RB/KK 2009 Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ist ein Krankenausweis (Central Card für Privatversicherte) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6 RB/KK 2009) insoweit nicht bezüglich der Krankenhausleistungen.

#### § 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

#### § 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

#### Pflichten des Versicherungsnehmers

##### § 9 Beitragszahlung

- (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, 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, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe ei-

nes Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet.
- (5) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer im Rahmen des vertraglichen Versicherungsschutzes ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe Kundeninformation) vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes anstelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.
- (6) Für andere als die in Abs. 5 genannten Versicherungen gilt:
  - a) Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
  - b) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  - c) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.

- d) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beiträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.
- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres 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.
- (8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) 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 Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung 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.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## Teil II: § 9

zu § 9 (1) RB/KK 2009 Monatliche Beitragsrate

- (1) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung.
- (2) Für Neugeborene ist der Beitrag vom Tage der Geburt an zu entrichten. Für mitversicherte Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, die bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitragsrate für mitversicherte Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres die Beitragsrate für Erwachsene zu zahlen. Dies gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 10 (2) RB/KK 2009.  
Für eine im Versicherungsvertrag allein versicherte Person, für die die Beitragsrate für mitversicherte Kinder oder Jugendliche vereinbart ist, gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend.
- (3) Bei Vertragsänderungen erfolgt die Beitragsberechnung nach § 10 RB/KK 2009.

## § 10 Beitragsberechnung, Abschluss- und Vertriebskosten, Übertragungswert

- (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 Inkrafttreten 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- (5) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten, sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen - RechVersV). Die Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Bei erstmaligem Vertragsabschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung ab dem 1.1.2009 gelten außerdem die Absätze 6 und 7:

- (6) Für Tarife der substitutiven Krankheitskostenversicherung, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für die Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren der Zillmerung maßgebend ist, gilt: Die gezillmerten Abschluss- und Vertriebskosten werden ab Versicherungsbeginn aus den Beitragsanteilen der gezillmerten Nettoprämie im Sinne der Kalkulationsverordnung gedeckt, die nicht kalkulatorisch für Leistungen im Versicherungsfall und nicht für die Bildung des Übertragungswertes (siehe § 17 Abs. 8) im Sinne der Kalkulationsverordnung bestimmt sind. Dies geschieht nach Maßgabe der Kalkulationsverordnung bis zur Höhe des in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zillmersatzes. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden aus den laufenden Beiträgen getilgt.
- (7) Die Regelung in Abs. 6 hat keinen Einfluss auf die Höhe des Übertragungswertes. Für dessen Berechnung ist ausschließlich die Kalkulationsverordnung maßgeblich.

### Teil II: § 10

zu § 4 (1) und § 9 (1) RB/KK 2009 Leistungsanpassung

- (1) Die durchschnittlichen Kosten der Heilbehandlung werden jährlich ermittelt und mit den Durchschnittskosten, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen, verglichen. Bei einem Anstieg um mehr als 5 % wird der Versicherungsschutz leistungs- und beitragsmäßig entsprechend angepasst.
- (2) Die Höherstufung wird ohne erneute Wartezeiten und ohne neue Risikozuschläge vorgenommen. Die für den bisherigen Versicherungsschutz nach diesen Tarifen vereinbarten Risikozuschläge bzw. Leistungseinschränkungen gelten entsprechend auch für die Höherstufung.
- (3) Die Ermittlung der Kostensteigerung und die Festlegung der Höherstufung erfolgt nach einem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren und mit Zustimmung des Treuhänders.
- (4) Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung an Versicherungsschutz nach den geänderten Leistungssätzen gewährt.

- (5) Die Leistungsanpassung gilt vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich abgelehnt hat.

## § 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine beitragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 23 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 24 Abs. 1 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen 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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

### Teil II: § 11

zu § 11 (1) RB/KK 2009 Beitragsanpassung

Der Vomhundertsatz beträgt 5.

## § 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12a Abs. 3 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

## § 13 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.
- (6) 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.
- (7) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

#### § 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4, 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dies gilt nicht, soweit es sich um eine der Pflicht zur Versicherung genügende Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) handelt.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

#### § 15 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich eine der in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

#### § 16 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Ende der Versicherung

### § 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (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 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- (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 Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen, 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 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) Abweichend von den Absätzen 1 bis 6 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (siehe Kundeninformation) erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Kundeninformation) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif gebildeten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

#### Teil II: § 12

zu § 17 (1) RB/KK 2009 Versicherungsjahr

- (1) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:
- Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Jahren abgeschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
  - Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.
- (2) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:
- Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

#### § 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) ist jede Kündigung ausgeschlossen. Darüber hinaus ist in der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen; dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht, sowie für eine nicht substitutive Krankheitskostenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Wird eine Krankheitskostenversicherung wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, gilt § 17 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### Teil II: § 13

zu § 18 (2) RB/KK 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf das in § 18 (2) RB/KK 2009 festgelegte ordentliche Kündigungsrecht.

#### § 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.

- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

### Sonstige Bestimmungen

#### § 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

#### § 21 Gerichtsstand

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

#### § 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

#### § 23 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) 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

rif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

#### **§ 24 Wechsel in den Basistarif**

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln können,

- a) wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder
- b) die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- c) das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.

Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird ein Zuschlag erhoben, der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt ist. § 23 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

(2) Der Anspruch nach Abs. 1 besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

### TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN 2009 (RB/KK 2009)

### TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN 2009 (TB/KK 2009)

## 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. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
  - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif), 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 § 19 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, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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 (§ 10 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.

### Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KK 2009 Versicherungsfall

- (1) Sofern der Tarif nichts anderes bestimmt, umfasst der Versicherungsschutz auch die Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen Arzt durchgeführt wird.

Ist davon abweichend der Behandler ein in eigener Praxis tätiger und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sind psychotherapeutische Leistungen nur erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr in tariflichem Umfang erstattet.

- (2) Der Versicherungsschutz der Tarife mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung umfasst auch die Aufwendungen für Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus-Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung).

### Teil II: § 2

zu § 1 (4) RB/KK 2009 Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Die in § 1 (4) RB/KK 2009 genannte Frist von einem Monat wird auf drei Monate ausgedehnt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wird in der Krankheitskostenversicherung Versicherungsschutz auch über diese Frist hinaus gewährt, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherer vor Reiseantritt über Aufenthaltsdauer und -ort unterrichtet.

### § 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 mit Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des 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.

### Teil II: § 3

zu § 2 (2) RB/KK 2009 Versicherungsschutz bei Neugeborenen

- (1) Abweichend von § 2 (2) Satz 2 RB/KK 2009 kann beim Versicherungsschutz des Neugeborenen eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung gewählt werden als die eines versicherten Elternteils.
- (2) Der Versicherer erstattet die Unterbringungskosten für den gesunden Säugling bis zu 10 Tagen; über diesen Zeitraum hinaus werden die Unterbringungskosten solange gewährt, wie die Mutter nach dem Wochenbett aus Gründen medizinisch notwendiger Heilbehandlung im

Krankenhaus verbleiben muss. Voraussetzung ist die fristgemäße Nachversicherung des Säuglings.

### § 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.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens 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.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### Teil II: § 4

zu § 3 RB/KK 2009 Wartezeiten

- (1) zu § 3 (2) und (3) RB/KK 2009
  - a) Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung für den Versicherungsschutz nach Ambulant-, Stationär- und Zahntarifen bei Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung zum Versicherer wechseln und bei denen die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt, auf die Einhaltung der Wartezeiten.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person bei dem bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht und entsprechend weiter vereinbart wird.
  - b) Abweichend von § 3 (3) RB/KK 2009 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.
- (2) zu § 3 (4) RB/KK 2009

Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif oder 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 erfolgversprechend 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.

#### Teil II: § 5

zu § 4 RB/KK 2009 Umfang der Leistungspflicht

- (1) zu § 4 (1–5) RB/KK 2009 Heilbehandlung und Vorsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnungen überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.
- (2) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Arzneimittel
  - a) Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.
  - b) Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektoren, Weine, Mineralwässer und ähnliches werden nicht erstattet.
- (3) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten die im Gebührenverzeichnis der geltenden Gebührenordnung für Ärzte unter Abschnitt E „Physikalisch-medizinische Leistungen“ aufgeführten Leistungen, soweit sie von einem der unter § 4 (2) RB/KK 2009 aufgeführten Therapeuten oder von einem staatlich geprüften Masseur oder von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister erbracht werden.
- (4) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich

  - a) die Aufwendungen für Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel, Hörgeräte und handbetriebene Standardkrankenfahrstühle,
  - b) unter Beachtung von summenmäßigen Begrenzungen die Aufwendungen für Sehhilfen (Augengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) in tariflichem Umfang,
  - c) die Mehraufwendungen für orthopädische Schuhe gegenüber normalem Lederschuhwerk einmal im Kalenderjahr (der jeweils gültige Betrag für „normales Lederschuhwerk“ wird in der Jahresmitteilung bekanntgegeben).

Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central über das Hilfsmittel-Management der Central bezogen werden:

Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herz-tätigkeit von Kleinstkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechsel-druckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlaf-apnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder

als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

- b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
  - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### Teil II: § 6

zu § 5 (1) RB/KK 2009 Einschränkung der Leistungspflicht

Abweichend von § 5 (1) e) RB/KK 2009 werden die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet.

#### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Kundeninformation).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### Teil II: § 7

zu § 6 RB/KK 2009 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) zu § 6 (1) RB/KK 2009 Leistungsunterlagen

Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.

Insbesondere müssen sie enthalten:

Vor- und Zunamen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Behandlungstage, Honorare für die einzelnen Behandlungen, den in Rechnung gestellten Krankenhauspfelegesatz, die Pflegeklasse und den für Selbstzahler offiziellen Pfelegesatz des aufgesuchten Krankenhauses.

(2) zu § 6 (4) RB/KK 2009 Umrechnungskurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.

(3) zu § 6 (5) RB/KK 2009 Überweisungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut; bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

#### Teil II: § 8

zu § 6 (6) RB/KK 2009 Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ist ein Krankenausweis (Central Card für Privatversicherte) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6 RB/KK 2009) insoweit nicht bezüglich der Krankenhausleistungen.

#### § 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

#### § 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

#### Pflichten des Versicherungsnehmers

##### § 9 Beitragszahlung

- (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, 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, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu

entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet.
- (5) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer im Rahmen des vertraglichen Versicherungsschutzes ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (siehe Kundeninformation) vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes anstelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.
- (6) Für andere als die in Abs. 5 genannten Versicherungen gilt:
  - a) Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
  - b) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  - c) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.
  - d) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kün-

digung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.

- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres 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.
- (8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) 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 Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung 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.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## Teil II: § 9

zu § 9 (1) RB/KK 2009 Monatliche Beitragsrate

- (1) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung.
- (2) Für Neugeborene ist der Beitrag vom Tage der Geburt an zu entrichten. Für mitversicherte Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, die bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitragsrate für mitversicherte Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres die Beitragsrate für Erwachsene zu zahlen. Dies gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 10 Abs. 2 RB/KK 2009.  
Für eine im Versicherungsvertrag allein versicherte Person, für die die Beitragsrate für mitversicherte Kinder oder Jugendliche vereinbart ist, gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend.
- (3) Bei Vertragsänderungen erfolgt die Beitragsberechnung nach § 10 RB/KK 2009.

## § 10 Beitragsberechnung, Abschluss- und Vertriebskosten, Übertragungswert

- (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 Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Per-

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

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- (5) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten, sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen - RechVersV). Die Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Bei erstmaligem Vertragsabschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung ab dem 1.1.2009 gelten außerdem die Absätze 6 und 7:

- (6) Für Tarife der substitutiven Krankheitskostenversicherung, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für die Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren der Zillmerung maßgebend ist, gilt: Die gezillmerten Abschluss- und Vertriebskosten werden ab Versicherungsbeginn aus den Beitragsanteilen der gezillmerten Nettoprämie im Sinne der Kalkulationsverordnung gedeckt, die nicht kalkulatorisch für Leistungen im Versicherungsfall und nicht für die Bildung des Übertragungswertes (siehe § 17 Abs. 8) im Sinne der Kalkulationsverordnung bestimmt sind. Dies geschieht nach Maßgabe der Kalkulationsverordnung bis zur Höhe des in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zillmersatzes. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden aus den laufenden Beiträgen getilgt.
- (7) Die Regelung in Abs. 6 hat keinen Einfluss auf die Höhe des Übertragungswertes. Für dessen Berechnung ist ausschließlich die Kalkulationsverordnung maßgeblich.

## § 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 23 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 24 Abs. 1 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen 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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

### Teil II: § 10

zu § 11 (1) RB/KK 2009 Beitragsanpassung

Der Vomhundertsatz beträgt 5.

## § 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12a Abs. 3 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

## § 13 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.
- (6) 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.
- (7) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

## § 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4, 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dies gilt nicht, soweit es sich um eine der Pflicht zur Versicherung genügende Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) handelt.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 15 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung,

diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich eine der in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 16 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Ende der Versicherung

### § 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (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 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- (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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen, 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 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) Abweichend von den Absätzen 1 bis 6 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (siehe Kundeninformation) erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Kundeninformation) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif gebildeten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

### Teil II: § 11

zu § 17 (1) RB/KK 2009 Versicherungsjahr

- (1) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:
  - a) Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Jahren abgeschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
  - b) Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.
- (2) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:

Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

### § 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) ist jede Kündigung ausgeschlossen. Darüber hinaus ist in der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen; dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht, sowie für eine nicht substitutive Krankheitskostenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Wird eine Krankheitskostenversicherung wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, gilt § 17 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### **Teil II: § 12**

zu § 18 (2) RB/KK 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf das in § 18 (2) RB/KK 2009 festgelegte ordentliche Kündigungsrecht.

#### **§ 19 Sonstige Beendigungsgründe**

- (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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

#### **§ 21 Gerichtsstand**

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

#### **§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbe-

dingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

#### **§ 23 Wechsel in den Standardtarif**

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

#### **§ 24 Wechsel in den Basistarif**

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln können,
  - a) wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder
  - b) die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
  - c) das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.

Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird ein Zuschlag erhoben, der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt ist. § 23 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

- (2) Der Anspruch nach Abs. 1 besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

### TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN 2009 (RB/KT 2009)

### TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN 2009 (TB/KT 2009)

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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 (§ 10 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.

### Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KT 2009 Versicherungsfall

Sofern der Arbeitgeber Zeiten der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten nach den Tarifen mit mindestens 42 Karenztagen bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 (2) RB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

### Teil II: § 2

zu § 1 (5) RB/KT 2009 Geltungsbereich

- (1) Bei Aufenthalt im europäischen Ausland sowie bei einem vorübergehenden Aufenthalt mit einer maximalen Dauer von drei Monaten in den mittelmeerangrenzenden Ländern (einschließlich Kanarische Inseln), USA, Kanada, Australien oder Neuseeland wird für dort akut eintretende Krankheiten oder Unfälle das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 (8) RB/KT 2009 erfüllt, gezahlt. Für Wohnsitzverlegungen gilt § 19 (1) f) RB/KT 2009.
- (2) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit einer maximalen Dauer von drei Monaten in einem Staat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz werden ergänzend zu § 1 (5) RB/KT 2009 Leistungen für die Zeit einer dort eintretenden völligen Arbeitsunfähigkeit, in der keine stationäre Heilbehandlung stattfindet, erbracht. Dabei wird das vereinbarte Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit für maximal 30 Tage gezahlt. § 5 (1) f) RB/KT 2009 findet insofern keine Anwendung. Für einen über die Dauer von drei Monaten hinausgehenden Aufenthalt in einem der oben genannten Staaten können besondere Vereinbarungen getroffen werden. Für Wohnsitzverlegungen gilt § 19 (1) f) RB/KT 2009.
- (3) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach (1) oder (2) ist der Reisebeginn nachzuweisen.
- (4) Bei Wegzug der versicherten Person in einen anderen Staat innerhalb des Tätigkeitsgebietes der Central können vor Wegzug zum Versicherungsschutz besondere Vereinbarungen getroffen werden.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

### § 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankengeldanspruches die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

## Teil II: § 3

zu § 3 RB/KT 2009 Wartezeiten

(1) zu § 3 (2) und (3) RB/KT 2009

- a) Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KT 2009 verzichtet der Versicherer bei Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung zum Versicherer wechseln, auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine Krankheitskostenvollversicherung umfasst. Voraussetzung ist, dass die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person bei dem bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht und entsprechend weiter vereinbart wird.

- b) Bei Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird unter den in § 3 (5) Satz 2 RB/KT 2009 genannten Voraussetzungen die nachweislich in der gesetzlichen Krankenversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit abweichend von § 3 (5) Satz 1 RB/KT 2009 auch über die Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs hinaus auf die Wartezeiten angerechnet.
- c) Abweichend von § 3 (3) RB/KT 2009 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.

(2) zu § 3 (4) RB/KT 2009

Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) 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.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekon-

valeszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen vorsätzlich selbst herbeigeführter Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person außerhalb ihres Wohnsitzes arbeitsunfähig, steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

## Teil II: § 4

zu § 5 RB/KT 2009 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Für Versicherte der Tarifstufen mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen werden für Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter nach § 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz und Wöchnerinnen nach § 6 Abs. 1 und 2 Mutterschutzgesetz in einem Arbeitsverhältnis die tariflichen Leistungen erbracht. Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) RB/KT 2009 entfällt somit für diesen Zeitraum. Satz 1 und 2 gelten sinngemäß auch für Selbstständige für die versicherten Tarifstufen mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen.

(2) Abweichend von § 5 (2) RB/KT 2009 wird das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.

(3) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) RB/KT 2009 findet keine Anwendung.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

(3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versich-

cherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### Teil II: § 5

##### zu § 6 (4) RB/KT 2009 Überweisungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut; bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

#### § 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

#### § 8 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 17, 18, 19 Abs. 1 d) bis f)). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 18 Abs. 1, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- (2) Der Versicherungsschutz endet ebenfalls mit Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit), mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (§ 19 Abs. 1 a) bis c)). Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet die Leistungspflicht des Versicherers nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem er seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt dieses Ereignisses.

### Pflichten des Versicherungsnehmers

#### § 9 Beitragszahlung

- (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, 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, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

- (4) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (5) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.
- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres 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.
- (8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) 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 Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung 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.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

#### Teil II: § 6

##### zu § 9 (1) RB/KT 2009 Monatliche Beitragsrate

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht, der jeweiligen Art der beruflichen Tätigkeit und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person.

## § 10 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 das (die) bei Inkrafttreten 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## § 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

### Teil II: § 7

zu § 11 (1) RB/KT 2009 Beitragsanpassung  
Der Vomhundertsatz beträgt 5.

## § 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstands heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

## § 13 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person haben die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige entfällt der Anspruch auf Krankentagegeld bis zum Zugangstag nach Maßgabe des § 14 ganz oder teilweise. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (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 für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.
- (6) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (7) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

### Teil II: § 8

zu § 13 (1) RB/KT 2009 Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum 1. Tag des tariflich festgelegten Leistungsbeginns anzuzeigen. Der Anzeige ist das Original der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Bezeichnung der Krankheit beizufügen oder innerhalb der 1. Woche nachzureichen.
- (2) Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer wöchentlich nachzuweisen.

## § 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4, 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 15 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit), der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (vgl. § 19 Abs. 1 a) bis c)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Eintritt dieses Ereignisses empfangenen Leistungen, soweit sie nicht vertraglich geschuldet sind, einander zurückzugewähren.

## § 16 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Ende der Versicherung

### § 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres 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 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankentagegeldversicherung 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- (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 Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (8) Soweit die Krankentagegeldversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

#### Teil II: § 9

zu § 17 (1) RB/KT 2009 Versicherungsjahr

- (1) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:
  - a) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
  - b) Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versiche-

rungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.

- c) Entsprechendes gilt für alle sonstigen Vertragsänderungen, einschließlich der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (2) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

### § 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 17 Abs. 3.

#### Teil II: § 10

zu § 18 (1) RB/KT 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

- (1) Wurde bei einem Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten nach § 3 (1) a) TB/KT 2009 verzichtet oder wurde eine Vorversicherung nach § 3 (5) RB/KT 2009 angerechnet, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bis zur Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes bzw. in Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfasst.
- (2) Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei späterer Vereinbarung eines Krankentagegeldtarifes mit verkürzter Karenzzeit kann der Versicherer die veränderte Vereinbarung in den folgenden drei Versicherungsjahren kündigen.

### § 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
  - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit) zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
  - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
  - c) mit dem Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Rentenbezug;
  - d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird; die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, nach

Maßgabe von § 196 VVG (siehe Kundeninformation) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

- e) mit dem Tod. Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären;
  - f) bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers, außerhalb der Europäischen Union und außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
- (2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe einer Erwerbstätigkeit), wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Wegfalls der Voraussetzung, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall der Voraussetzung, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

## Sonstige Bestimmungen

### § 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

### § 21 Gerichtsstand

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

### § 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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





Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40-50

50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0

Telefax 02 21/16 36 - 2 00

[www.central.de](http://www.central.de)