

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung 2009 (AVB-AKK-RGR 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages versicherbaren Personen versichert sein, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen und anspruchsberechtigtes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland sind (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden, wenn sie ebenfalls anspruchsberechtigt gegenüber einer deutschen Krankenkasse sind.

## II. Versicherungsleistungen

1. Unter Anrechnung der Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die zunächst in Anspruch zu nehmen ist, sind bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- 1.1 ärztliche Leistungen zu 100 %
- 1.2 Hebammenleistungen zu 100 %
- 1.3 Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
- 1.4 Heilmittel zu 100 %

Erstattungsfähig sind insofern:

Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.

1.5 Hilfsmittel in folgendem Umfang:

- 1.5.1 Sehhilfen bis zu € 125 innerhalb von zwei Versicherungsjahren
- 1.5.2 Krankenfahrstühle bis zu € 675
- 1.5.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von € 75 einmal je Versicherungsjahr
- 1.5.4 Bei medizinischer Notwendigkeit sind außerdem ausschließlich erstattungsfähig Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel und Hörgeräte in einfacher Ausführung. Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central bezogen werden:

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

Für alle hier aufgeführten Hilfsmittel gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Ist

eine Miete möglich, sind ausschließlich die Aufwendungen für die Miete des medizinisch erforderlichen Hilfsmittels in einfacher Ausführung erstattungsfähig.

- 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes zu 100 %
- 1.7 Psychotherapie, höchstens für 30 Sitzungen je Versicherungsjahr
- 1.8 gezielte Vorsorgeuntersuchungen zu 100 %
- 1.9 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) sowie sonstige für eine geplante Reise erforderliche bzw. vorgeschriebene Schutzimpfungen zu 100 %
- 1.10 medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation zu 100 %.

Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 50 % der erstattungsfähigen Kosten ersetzt. Abweichend hiervon erfolgt die Leistung für Sehhilfen gemäß Nr. 1.5.1 bei Nichtbestehen einer Leistungspflicht der GKV in voller Höhe.

Aufwendungen für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z.B. künstliche Befruchtung) sind nicht erstattungsfähig.

2. Bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus zu 100 %

Für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus auch für eine Begleitperson übernommen.

Bei Behandlungen in Deutschland erfolgt eine Erstattung der Aufwendungen für:

- 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
- 2.1.2 belegärztliche Leistungen
- 2.1.3 Leistungen einer Beleghebamme

Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

- 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Leistungen nach Nummer 2.1 und 2.2 werden nur nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und unter Anrechnung dieser Vorleistungen erbracht.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann anstelle der Erstattung für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus die Übernahme der Kosten für häusliche medizinische Betreuung bis zu € 1.000 gewählt werden, sofern diese Betreuung in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung anstelle eines ansonsten medizinisch erforderlichen weiteren Krankenhausaufenthaltes erfolgt, ärztlich verordnet ist und von einer qualifizierten Betreuungskraft (Krankenschwester oder Pfleger) durchgeführt wird.

3. Unter Anrechnung der Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und gegebenenfalls einer vorhandenen weiteren Zahnersatzzusatzversicherung, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, sind bei zahnärztlicher Behandlung erstattungsfähig die Aufwendungen für

3.1 Zahnbehandlung (außer Inlays und Zahnkronen aller Art) sowie prophylaktische Leistungen zu 100 %

Besteht keine Leistungspflicht der GKV, beträgt der Erstattungsprozentsatz 50 %.

3.2 Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen aller Art sowie Zahn- und Kieferregulierung, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, bis zu einer Gesamterstattung (GKV/weitere Versicherung und central.world50) von 80 %. Die Erstattung nach Tarif central.world50 erfolgt – auch wenn keine Vorleistung angerechnet werden kann – höchstens zu 40 % bis zu den Höchstsummen der folgenden Staffeln:

- bei einem durch Unfall verursachten Versicherungsfall € 2.500,
- in allen anderen Versicherungsfällen:
  - € 500 im ersten Versicherungsjahr
  - € 1.000 im zweiten Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistung im ersten Versicherungsjahr
  - € 1.500 im dritten Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistung in den ersten beiden Versicherungsjahren
  - € 2.000 im vierten Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistung in den ersten drei Versicherungsjahren
  - € 2.500 im fünften Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistung in den ersten vier Versicherungsjahren
  - € 2.500 ab dem sechsten Versicherungsjahr je Versicherungsjahr.

4. Erstattungsfähig sind bei Transporten

4.1 Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn

4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist oder wenn

4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn

4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransportes übersteigen würden,

zu 100 %.

In den Fällen der Nummern 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung für den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthaltes zu treffen.

Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem der Hauptversicherte auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist, oder nach Deutschland.

Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung mitversicherter Kinder unter 16 Jahren, sofern der Hauptversicherte und alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens € 5.000.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.

5. Erstattungsfähig sind im Todesfall

5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens € 10.000

5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens € 10.000.

6. Bei einer Entbindung kann anstelle der Erstattung der im Zusammenhang mit der Entbindung entstandenen Aufwendungen die Zahlung einer Pauschale von € 1.000 gewählt werden.

### III. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 AVB-AKK-RGR 2009, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

2. Bei einer Beitragsanpassung können unter den Voraussetzungen des § 11 Absatz 1 AVB-AKK-RGR 2009 die betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen sowie Pauschalbeträge mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden. Die geänderten Beträge werden 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.

## § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland (siehe jedoch auch Absatz 4 Satz 4). Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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:

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
  - gezielte Vorsorgeuntersuchungen, dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
  - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (2) Erfolgt mit der Anmeldung zur Versicherung eine Gesundheitsprüfung und werden aufgrund dieser erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Anmeldung, der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung, den gewählten Tarifen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die vor Veröffentlichung der Reisewarnung bereits in diese Länder ausgeweist sind, sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgeweist ist.

- (5) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.

- (6) Der Hauptversicherte kann für die Zeit nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes als Versicherungsnehmer eine Anwartschaftsversicherung auf Versicherung in einem gleichartigen Tarif beantragen, den der Versicherer hierfür zur Verfügung stellt, sofern die sonstigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung vorliegen. Der Antrag auf Abschluss dieser Anwartschaftsversicherung muss gleichzeitig mit der Anmeldung zur Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages gestellt werden.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages, nicht vor der Ausreise und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Sind seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer.
- (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. Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.
- (5) Es gilt eine Wartezeit von acht Monaten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht und hierzu keine andere Regelung trifft. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gilt sie für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes und rechnet vom Beginn der Vertragsänderung an.

## § 3 Anmeldung

Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer zusammen mit dem Hauptversicherten. Soweit eine Risikoprüfung durchgeführt wird, hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuversichernden Personen die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Steht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung kein Arzt oder Zahnarzt zur

Verfügung oder sind zur Vornahme der medizinisch erforderlichen Heilbehandlung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Behandler berechtigt, sind auch die Leistungen dieser anderen Behandler erstattungsfähig. Eine häusliche Behandlungspflege im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung kann durch jede staatlich examinierte Pflegekraft erfolgen. Sind zur Ausübung einer solchen Dienstleistung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Personen berechtigt, sind auch deren Pflegeleistungen erstattungsfähig.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 und Satz 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 ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch 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.
- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die, soweit vorhanden, den gültigen amtlichen Gebührenordnungen des Landes entsprechen, in dem die Heilbehandlung erfolgt. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.

#### **§ 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 aktive Teilnahme an Kriegseignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, 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 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 Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;
  - f) für Behandlungen und die Erbringung sonstiger Leistungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder der versicherten Person. 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, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
  - (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen.
  - (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen 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 Zusatzinformationen).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und 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. Eine Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag, wonach die Hauptversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben, gilt als Benennung der empfangsberechtigten Person im Sinne von Satz 2.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für

gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in 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.

- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in Deutschland. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für notwendige Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:
  - a) bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellt ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes und/oder eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde bzw. eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtlichen Kosten der stationären Heilbehandlung;
  - b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
  - c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Heilbehandlers vorgelegt werden.

#### **§ 7 Verjährung**

- (1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und 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.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

#### **§ 9 Beitragszahlung**

- (1) Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Die Beiträge sind am Monatsersten fällig.
- (2) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Absatz 2 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages führen.

#### **§ 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) Die Höhe der Beiträge ist abhängig von dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person. Es gilt immer der Beitrag des jeweils erreichten tariflichen Lebensalters bzw. der jeweils erreichten tariflichen Altersgruppe. Bei Erreichen eines neuen tariflichen Lebensalters bzw. einer neuen tariflichen Altersgruppe ist vom 1. des Folgemonats an der Beitrag für das aktuell erreichte Alter zu zahlen. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
- (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 steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des Schadenbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlage überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) 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.

## **§ 12 Obliegenheiten**

- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) 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, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

## **§ 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 12 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

## **§ 14 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

- (1) Hat der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Zusatzinformationen), 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 Hauptversicherte oder eine mitversicherte 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 Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im 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 Hauptversicherten oder einer mitversicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## **§ 15 Aufrechnung**

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

## **§ 16 Ende der Versicherung**

- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
  - a) Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
  - b) Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
  - c) dem Tod;
  - d) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
  - e) Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 dieser AVB, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) besteht, kann diese Person nur abgemeldet werden, wenn für sie eine Folgeversicherung nachgewiesen wird, die dieser Pflicht ebenfalls genügt;
  - f) Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.
- (2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenvollversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, 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.

Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine

versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

- (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, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag - vgl. Absatz 1 Punkt b) -, ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages beantragt werden.
- (6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Absatz 1 dieser AVB, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung abmelden.

#### **§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen**

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

#### **§ 18 Gerichtsstand**

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsneh-

mers 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.

#### **§ 19 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.

# Zusatzinformationen (Gesetzesauszüge)

## Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### § 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

[...]

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft

lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

### § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

[...]

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

[...]

### § 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

[...]

### § 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
1. [...]
  2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
    - a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
    - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

[...]

### § 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis 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.
- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 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 nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

# Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

## § 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

# Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

## § 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
  1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
  2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
  3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
  4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

# Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

## §12 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
- [...]
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
  2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

## §12a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

[...]

- (3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämien ermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

# Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

## § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung)

[...]

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
  2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen

Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

[...]

## § 291a Elektronische Gesundheitskarte

[...]

- (1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten