



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil I

Allgemeine Vertragsbestimmungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Art der Schadenversicherung

Stand 01.01.2008

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er leistet im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Soweit in Teil II AVB Leistungen dafür vereinbart sind, gelten auch als Versicherungsfall
- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 - Tod.
- (3) Für den Umfang des Versicherungsschutzes sind der Inhalt des Versicherungsscheines, spätere schriftliche Vereinbarungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Allgemeine Vertragsbestimmungen und Teil II Tarif) maßgebend.
- Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- Die Rechte und Pflichten der Vertragspartner ergeben sich aus den für das Versicherungsverhältnis maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung sowie den vorstehend erwähnten vertraglichen Grundlagen.
- (4) Ist in Teil II AVB Versicherungsschutz für Heilbehandlung im Ausland bei kurzfristigen Auslandsreisen vereinbart, besteht dieser ausschließlich im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.
- Der Versicherungsschutz für alle sonstigen Leistungen nach Teil II AVB besteht in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.
- Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags das Versicherungsverhältnis bei vollem Leistungsumfang fortsetzen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beantragt wird.

§ 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), der Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend der im Versicherungsschein genannten Hinweise und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.



Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

- (2) Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe § 13).
- (3) Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versi-

cherungsbeginns für die erste im Vertrag versicherte Person nach dem ersten Tarif an. Werden Personen später in einem bestehenden Vertrag mitversichert, endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr der zuerst eingetretenen Person. Die weiteren Versicherungsjahre werden entsprechend angepasst. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.

§ 3

Wartezeiten

Sofern in Teil II AVB nicht anders vereinbart, bestehen

keine Wartezeiten.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif (Teil II AVB) und diesen allgemeinen Vertragsbestimmungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit in Teil II AVB Leistungen für Heilpraktikerbehandlung vereinbart sind, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Sofern in Teil II AVB nicht anders vereinbart, sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen, erstattungsfähig.
- (4) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (5) 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.
- (6) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 5 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen

nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

- (7) 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.
- (8) Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr, ausgenommen für zahnärztliche Behandlung. Siehe dazu folgenden Absatz.

Für zahnärztliche Behandlung umfasst das 1. Leistungsjahr einer versicherten Person 12 Monate seit Beginn ihrer Versicherung, jedes anschließende Leistungsjahr je weitere 12 Monate. Zeiten, für die Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, sind die Behandlungsdaten, bei Arznei- und Hilfsmitteln der Bezugszeitpunkt maßgebend.

§ 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 Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Un-

fälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungs- oder Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versi-



- cherungsnehmers 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 Teil II AVB nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, wenn Teil II AVB nichts anderes vorsieht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort einen dauerhaften 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, einen mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - h) für Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Beseitigung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern, für Pflegepersonal sowie für ärztliche Gutachten und Atteste.
- (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 sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfallversicherung oder einer gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 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) Die Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:

Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Findet die Heilbehandlung in einem Land statt, in dem es keine Gebührenordnung gibt, sind in der Kostenrechnung sämtliche Tätigkeiten des Arztes mit dem jeweiligen Kostenansatz aufzuführen.

Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsdatum und Namen der behandelten Person versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Behandler die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.

Für die Erstattung folgender Kosten sind neben der Originalrechnung mit vorzulegen:

 - a) bei Krankenrücktransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Krankenrücktransports;
 - b) bei Überführung oder Bestattung im Todesfall eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.
 - (3) oder Kostenträger zur Erstattung vorgelegt, genügen Kopien der Belege. Die Höhe der erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
 - (4) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfall 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.
 - (5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs laut "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren
- Wurden die Kostenbelege einem anderen Versicherer



- Kurs erworben wurden.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein Konto in Deutschland - und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden 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. Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt.
- Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen.
- (3) (entfällt)
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 in Verbindung mit § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (5) (entfällt)
- (6) (entfällt)
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a

Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Der Beitrag ergibt sich aus dem jeweils aktuellen Versicherungsschein in Verbindung mit den Regelungen in Teil II AVB. Bei Beitragsänderungen erhält der Versicherungsnehmer als Mitteilung einen neuen Versicherungsschein.
- (3) Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. 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.

§ 8b

Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine

betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und 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) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9

Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Teil I Abs. 4) 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 eine Krankheitskostenversicherung 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.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Teil I Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Ansprüche gegen Dritte

- (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.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, dem Versicherer ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 schriftlich abzutreten.

**§ 12****Aufrechnung**

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung**§ 13****Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) 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 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.
- (3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8b AVB oder vermindert er seine Leistungen nach Teil I § 18 Abs. 1 AVB, 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.
- (4) 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.
- (5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14**Kündigung durch den Versicherer**

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15**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 Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Der Versicherungsschutz bezüglich einer versicherten Person erlischt, wenn und solange diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum hat, es sei denn, der Versicherungsschutz bleibt aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung bestehen. Der Versicherer kann im

Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ist sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Die Kündigung des Versicherungsnehmers

ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen des Versicherers nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, soweit gesetzlich nicht

eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 17

Gerichtsstand

- (1) (entfällt)
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (4) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (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.
- (3) (entfällt)
- (4) (entfällt)



INTER Krankenversicherung aG

Teil II

Tarif DC

Stand 01.01.2008

Dieser Tarif (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I - Allgemeine Ver-

tragsbestimmungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Art der Schadenversicherung.

A. Versicherungsfähigkeit / Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Mitglied eines deutschen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einer deutschen GKV haben oder in Deutschland einen gleichartigen Anspruch besit-

zen.

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (siehe hierzu auch Teil I § 1 Abs. 4 und Teil I § 15 Abs. 3).

B. Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung, für die die GKV einen Zuschuss zahlt.

Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Einlagefüllungen (Inlays), Aufbau- und Provisionen sowie implantologische Leistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden chirurgischen zahnärztlichen Leistungen. Sofern funktionsanalytische oder funktionstherapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit Zahnersatz erforderlich sind, gelten die Kosten hierfür ebenfalls als Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zuschuss der GKV gelten Sachleistungen für Zahnfüllungen nach § 28 Abs. 2 Satz 3 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - (SGB V) und Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 SGB V. Kosten für Implantate zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn die GKV

- auf die Suprakonstruktion einen Festzuschuss zahlt oder
- aufgrund einer der in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V festgelegten Ausnahmeindikationen Leistungen für Implantate einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erbringt. In diesem Fall gilt als Zuschuss der GKV die entsprechende Sachleistung.

Zahnärztliche Leistungen sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für je-

de versicherte Person begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens

- 500 EUR innerhalb des ersten Leistungsjahres,
- 1.000 EUR innerhalb der ersten zwei Leistungsjahre,
- 1.500 EUR innerhalb der ersten drei Leistungsjahre,
- 2.000 EUR innerhalb der ersten vier Leistungsjahre.

Ab dem fünften Leistungsjahr werden die erstattungsfähigen Aufwendungen auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 4.500 EUR innerhalb eines jeden weiteren Leistungsjahres begrenzt. Dieser Betrag erhöht sich auf 6.000 EUR, wenn bei der betreffenden versicherten Person in den letzten drei Leistungsjahren vor Behandlungsbeginn nachweislich jeweils eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde.

Entstehen Aufwendungen innerhalb der ersten vier Leistungsjahre für einen nachweislich nach Beginn der Versicherung eingetretenen Unfall, gelten hierfür die sonst ab dem fünften Leistungsjahr festgelegten Höchstbeträge.

Nicht erstattungsfähig sind

- Aufwendungen für den Ersatz von Zähnen, die bei Versicherungsbeginn fehlten und noch nicht ersetzt waren;
- Kosten für Maßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen wurden;
- Aufwendungen für Behandlungen, für die die GKV keinen Zuschuss zahlt. Hierzu gehören der Austausch intakter plastischer Füllungen (z. B. Amalgam- oder Kunststofffüllungen) sowie die rein privatärztliche Behandlung eines Befundes, für den die GKV ansonsten leistungspflichtig wäre;
- Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 (Praxisgebühr) und § 61 SGB V.

INTER Krankenversicherung aG

Seite 2

2. Heil- und Kostenplan

Dem Versicherer ist zusammen mit der Zahnarzt- und Laborkostenrechnung ein von der GKV genehmigter und abgerechneter Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen.

3. Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung beträgt zusammen mit dem Zu-

schuss der GKV

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.

Hat der Versicherte einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, wird dieser von der Tarifleistung insoweit abgezogen, als sich der Zuschuss der GKV durch den Selbstbehalt vermindert.

C. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatliche Beitragsrate wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versiche-

rungsbeginns.

Von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 21., 41. oder 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 21, 41 bzw. 61 zu zahlen.

D. Ergänzung zu Teil I AVB

1. Abweichend von Teil I § 3 beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten ab Versicherungsbeginn. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

2. Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach Teil I § 8a Abs. 3 zustehende Recht, bei Vertragsabschluss Risikozuschläge oder über die in Abschnitt B Nr. 1 genannten Fälle hinausgehende Leistungsausschlüsse zu verlangen.