

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung für Reisen im Ausland mit Option für Medizinstudierende nach Tarif STUDI.med

Fassung April 2024

Wesentliche Merkmale des Tarifs STUDI.med

Reisen im Ausland

Wir erstatten die Kosten für

- medizinisch notwendige ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
- medizinisch notwendige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- einen medizinisch sinnvollen Rücktransport

Müssen Sie im Ausland stationär behandelt oder aus dem Ausland zurücktransportiert werden, rufen Sie bitte die folgende Alarmzentrale an. Die Zentrale ist Tag und Nacht besetzt.

- Telefon: +49 (0)7 11/66 03-39 30

Optionsrecht ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten

- auf Wechsel in Zusatzversicherungen und/oder eine Optionsversicherung oder
- auf Wechsel in eine Vollversicherung oder eine Beihilfe-Restkostenversicherung

Im Anschluss an die allgemeinen Versicherungsbedingungen erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Begriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Inhalt

I. Welchen Schutz bietet diese Versicherung?	2	IX. Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	9
II. Wie schließen Sie die Versicherung ab und wann beginnt Ihr Schutz für Reisen im Ausland?	2	X. Wann endet der Vertrag und wann endet der Schutz für Reisen im Ausland?.....	10
III. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?.....	3	XI. Wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?	10
IV. Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	5	XII. Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen dieser Versicherung ändern? ...	10
V. Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?.....	6	XIII. Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	11
VI. Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?.....	6	XIV. Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?.....	11
VII. Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?.....	7	XV. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?....	12
VIII. Welche Optionsrechte bestehen?	8	Fachbegriffe.....	12
		Anhang – Gesetzestexte.....	14

I. Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

1. Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Schreibweise.

2. Was ist versichert?

Wir bieten Schutz bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall.

Ist der Versicherungsfall bereits im Inland eingetreten, erstatten wir die versicherten Kosten für eine medizinisch notwendige → Heilbehandlung im Ausland, wenn

- sich die Erkrankung während der Reise im Ausland verschlechtert hat und
- die Heilbehandlung vor Beginn der planmäßigen Rückreise erforderlich ist.

3. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige → Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder der Folgen eines → Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss. Verstirbt der Versicherte, liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie unter III.. Bitte lesen Sie auch IV. aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

4. Welche Reisen sind versichert?

Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf Reisen im Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen der Versicherte einen ständigen Wohnsitz hat.

5. Wie lange sind Sie versichert?

Schutz besteht für alle Reisen bis zu jeweils 8 Wochen. Dauert eine Reise länger, besteht Schutz nur für die ersten 8 Wochen.

Der Schutz verlängert sich, wenn der Versicherte nach 8 Wochen nicht zurückreisen kann, weil er → reise- oder → transportunfähig ist. Die genaue Regelung finden Sie unter X..

6. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die zu Beginn der Versicherung

- Studenten der Medizin oder der Zahnmedizin sind,
- einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und
- maximal 38 Jahre → alt sind.

7. Was sind die Grundlagen Ihres Vertrages?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

II. Wie schließen Sie die Versicherung ab und wann beginnt Ihr Schutz für Reisen im Ausland?

Den Versicherungsvertrag müssen Sie vor Antritt der Reise schließen. Schließen Sie den Vertrag im Ausland, besteht für diese Reise kein Schutz. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller.

Der Schutz Ihrer Versicherung beginnt ab dem Zeitpunkt, den Sie als Beginn der Versicherung angegeben haben. Er beginnt jedoch nicht

- bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben und nicht
- bevor Sie sich im Ausland befinden.

III. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

1. Unter welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Freie Arztwahl

Der Versicherte kann unter folgenden im Reiseland gesetzlich anerkannten und zur → Heilbehandlung zugelassenen Personen frei wählen:

- Ärzte
- Zahnärzte
- Heilpraktiker
- Chirotherapeuten und
- Osteopathen (soweit ärztlich verordnet)

Freie Krankenhauswahl

Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung kann der Versicherte frei wählen unter den Krankenhäusern, die

- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2. Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Muss der Versicherte untersucht und behandelt werden, leisten wir für Methoden, die von der → Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben oder
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.

3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- medizinisch notwendige → Heilbehandlung und
- den medizinisch notwendigen Transport im Notfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

4. Was erstatten wir, wenn der Versicherte → stationär behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- medizinisch notwendige ärztliche → Heilbehandlung,
- Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare → geeignete Krankenhaus und
- die Unterkunft einer weiteren Person im Krankenhaus, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

5. Was erstatten wir, wenn der Versicherte zahnärztlich behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlung,
- medizinisch notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie
- medizinisch notwendige Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien, die dazu dienen, die Kaufähigkeit des Versicherten wieder herzustellen.

6. Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Arznei- und Verbandmittel, wenn diese von einem Arzt verordnet sind.

Arzneimittel muss der Versicherte aus der Apotheke beziehen.

7. Was erstatten wir für Heilmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige

- Bestrahlungen,
- Inhalationen und
- elektrophysikalische Maßnahmen,

wenn diese von einem Arzt verordnet sind.

8. Was erstatten wir für → Hilfsmittel?

Wir erstatten die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung, wenn

- sie von einem Arzt verordnet sind und
- auf der versicherten Reise erstmals medizinisch notwendig werden.

Können Hilfsmittel geliehen werden, erstatten wir die Leihgebühren für die Dauer des Aufenthaltes im Ausland.

Sehhilfen und Hörgeräte erstatten wir nicht.

9. Was erstatten wir, wenn die Versicherte schwanger ist?

Wir erstatten die Kosten, wenn die Versicherte

- wegen Schwangerschaftskomplikationen von einem Arzt untersucht und/oder behandelt werden muss.
- eine Fehlgeburt erleidet.
- vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche entbindet.

10. Was erstatten wir, wenn der Versicherte zurücktransportiert werden muss?

Unter → Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Reiseland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass er deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder
- in das vom Wohnsitz aus nächst erreichbare und aus medizinischer Sicht → geeignete Krankenhaus.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport, wenn

- dieser medizinisch sinnvoll ist oder
- sich der Schutz der Versicherung wegen → Reise- oder → Transportunfähigkeit verlängert (siehe X.) oder
- der Versicherte so schwer erkrankt ist, dass er länger als 2 Wochen im Ausland → stationär behandelt werden müsste oder
- die Kosten des Rücktransportes günstiger sind als die erstattungsfähigen Kosten der weiteren → Heilbehandlung.

Wird der Versicherte beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, übernehmen wir die Kosten für eine Begleitperson, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

11. Was erstatten wir, wenn der Versicherte stirbt?

Wir erstatten die notwendigen Kosten, um den Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz in Deutschland zu überführen.

Alternativ erstatten wir die Kosten, um den Verstorbenen im Reiseland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

12. Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Müssen mitreisende Kinder im Ausland betreut werden, erstatten wir die notwendigen Kosten unter folgenden Bedingungen:

- Der Versicherte kann die Kinder nicht betreuen, weil er sich im Krankenhaus befindet oder verstorben ist. Der Aufenthalt im Krankenhaus muss medizinisch notwendig sein und
- kein anderer Mitreisender kann die Kinder betreuen und
- die Kinder sind unter 16 Jahre alt und mit dem Versicherten verwandt.

Ist der Versicherte verstorben, übernehmen wir die Kosten so lange, bis die Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland zurückkehren. Wir zahlen diese Leistung maximal für 4 Wochen.

Pro Tag erstatten wir die Kosten höchstens bis zu dem Betrag, den eine Person am Tag durchschnittlich in dem jeweiligen Land brutto verdient.

13. Was erstatten wir, wenn der Versicherte gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?

Wir erstatten die Kosten insgesamt bis zu 2.500 €, wenn der Versicherte aufgrund eines medizinischen Notfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden muss.

14. Was erstatten wir, wenn Sie mit uns telefonieren müssen?

Wir erstatten die Kosten, wenn Sie mit unserer Alarmzentrale telefonieren. Dies setzt voraus, dass der Versicherte

- zurücktransportiert oder
- im Ausland → stationär behandelt werden muss.

15. Welche Serviceleistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Wir erbringen im Versicherungsfall folgende Serviceleistungen:

- Sie können unsere Alarmzentrale jeden Tag rund um die Uhr telefonisch erreichen.
- Sie erhalten Auskunft zu Kliniken, Ärzten und Arzneimittel im Ausland.
- Wir erklären die Übernahme der erstattungsfähigen Kosten gegenüber dem Krankenhaus im Ausland.
- Wir organisieren den → Rücktransport oder die Überführung bzw. Bestattung.
- Wir stellen den Kontakt zum Hausarzt her.
- Wir informieren die Angehörigen.
- Wir stellen Ihnen einen medizinischen Dolmetscher-Service zur Verfügung.

IV. Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

1. In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der → Versicherungsfall eingetreten ist:

- Wenn der Versicherte krank ist oder an den Folgen eines → Unfalles leidet, und deshalb zur Behandlung ins Ausland reist.

- Für die Behandlungen und Untersuchungen, von denen schon vor der Reise durch eine ärztliche Diagnose feststeht, dass der Versicherte sie während der Reise durchführen muss.

Das gilt nicht, wenn der Versicherte die Reise macht,

- weil der Ehegatte, der → Lebenspartner oder ein Verwandter ersten Grades gestorben ist und
- die Reise aufgrund der Beerdigung oder der Überführung notwendig ist.

- Wenn der Versicherte verletzt wird oder stirbt, weil er an Unruhen aktiv beteiligt war.

- Wenn der Versicherte durch Kriegsereignisse verletzt wird oder stirbt.

Wir leisten aber, wenn

- das Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
- eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn der Versicherte schon dort ist und
- er das Gebiet → unverzüglich verlässt oder
- schuldlos daran gehindert wird, das Gebiet zu verlassen. Das könnte z.B. eintreten, wenn dem Versicherten Lebensgefahr dadurch droht, dass er das Gebiet verlässt.

- Wenn der Versicherte Berufssportler ist und sich verletzt, während er an einem Wettkampf aktiv teilnimmt.

- Wenn der Versicherte → vorsätzlich einen → Unfall oder eine Krankheit herbeiführt.

- Wenn der Versicherte aufgrund einer Sucht Entgiftungs-, Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen durchführen lässt.

- Wenn die Behandlungen oder Leistungen nicht unmittelbar notwendig sind, Krankheiten zu heilen oder lindern. Dazu gehören insbesondere

- Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien,
- ärztliche Gutachten und Atteste sowie
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung. Notfalltransporte zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt erstatten wir.

- Wenn der Versicherte durch Ehegatten, → Lebenspartner, Eltern oder Kinder behandelt

wird. Wir erstatten aber die versicherten Sachkosten, die Sie uns nachweisen.

- Wenn der Versicherte → pflegebedürftig ist oder sich in Verwahrung befindet und deshalb behandelt oder untergebracht werden muss.
- Wenn der Versicherte mit Hypnose oder psychoanalytisch und/oder psychotherapeutisch behandelt wird.
- Wenn der Versicherte in Sanatorien behandelt wird oder Maßnahmen zur Rehabilitation und Kuren durchführt.

2. In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine → Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Es werden die Verhältnisse im jeweiligen Reisegebiet zugrunde gelegt.

V. Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?

Möglicherweise haben Sie den Schutz für Reisen im Ausland auch bei anderen Versicherern abgesichert. Das kann z.B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche gegen andere Versicherer, sind diese vorrangig. Im Leistungsfall stehen Ihnen dann insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Schaden melden.

Reichen Sie die Rechnungen zuerst bei einem anderen Versicherer ein, erhalten Sie von uns einen zusätzlichen Bonus. Dies setzt voraus, dass

- Leistungen davon in diesem Tarif versichert sind und
- der andere Versicherer sich vorab an diesen Kosten beteiligt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, erhalten Sie

- einen Bonus von bis zu 50 € für jeden Tag, an dem der Versicherte → **stationär behandelt** wurde. Wir zahlen diesen Bonus bis zur Höhe von 50% der Kosten, die der andere Versicherer für die stationäre Behandlung übernommen hat. Dies gilt für maximal 14 Tage pro Reise.
- einen einmaligen Bonus von bis zu 100 € pro Reise, wenn der Versicherte **ambulant behandelt** wurde. Wir zahlen diesen Bonus bis zur Höhe von 50% der Kosten, die der andere Versicherer übernommen hat.

Wenn Sie den Schaden zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die Kosten erstatten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie sie sich an den Kosten beteiligen. Weitere Informationen darüber lesen Sie unter VII.3..

VI. Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?

1. Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir Ihnen die Leistung erstatten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen brauchen wir im Original.

Die **Rechnungen** müssen folgende Informationen enthalten:

- Vor- und Zuname der behandelten Person
- Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen)
- Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden sowie
- Daten der Behandlung

Aus den **Rezepten** müssen wir erkennen können:

- Vor- und Zuname der behandelten Person
- um welches verordnete Medikament handelt es sich
- was kostet das Medikament
- wurde das Medikament in der Apotheke bezahlt

Bei **Zahnbehandlungen** muss aus den Belegen hervorgehen:

- Vor- und Zuname der behandelten Person
- welche Zähne wurden behandelt
- welche Behandlung wurde vorgenommen

Bei einer **Überführung oder Bestattung** im Ausland brauchen wir folgende Dokumente:

- Kostenbelege und
- eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache oder eine amtliche Sterbeurkunde

Haben Sie noch eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein. Es gibt Länder, in denen die Originale einbehalten werden. Bei diesen reichen ebenfalls die Kopien aus.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden. Für diese gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“ nach dem jeweils neuesten Stand. Wir beziehen uns hierbei auf die Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank mit Sitz in Frankfurt/Main. Diese Regelung gilt nicht,

- wenn Sie die Devisen für diese Reise teurer erworben haben und
- Sie uns dies durch Bankbelege nachweisen.

2. An wen zahlen wir die Leistung aus?

Wir zahlen die Leistung an Sie aus. Möchten Sie, dass wir die Leistung an den Versicherten auszahlen, müssen Sie uns dies in → Textform mitteilen.

Sie können die Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

3. Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen in das Ausland oder
- für besondere Überweisungsformen, die Sie oder der Versicherte veranlasst haben

VII. Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

1. Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können von Ihnen und dem Versicherten Folgendes verlangen:

- Sie und der Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um festzustellen zu können,
 - ob ein Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Darüber hinaus müssen Sie und der Versicherte uns die Befugnis erteilen, diese Auskünfte einzuholen
 - bei Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Osteopathen und Chiroprateuren,
 - in Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten,
 - in Pflegeheimen und bei Pflegepersonen,
 - bei anderen Personenversicherern und
 - gesetzlichen Krankenkassen sowie
 - bei Berufsgenossenschaften und Behörden.

Diese müssen Sie und der Versicherte dazu von ihrer Schweigepflicht entbinden.

- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Sie müssen uns den Beginn und das Ende einer jeden Reise im Ausland nachweisen.

2. Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang).

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

3. Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. Schadenersatzansprüche gegenüber anderen Versiche-

ern oder Privatpersonen oder Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte sein.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

VIII. Welche Optionsrechte bestehen?

1. Welche Optionsrechte bestehen auf die Zusatzversicherung und/oder Optionsversicherung?

Nimmt der Versicherte erstmals eine in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtige Beschäftigung als Arzt oder Zahnarzt auf, hat er die Option, die bestehende Versicherung nach Tarif STUDI.med in Zusatzversicherungen und/oder eine Optionsversicherung umzustellen.

Sie müssen die Umstellung innerhalb von 6 Monaten nach Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung als Arzt oder Zahnarzt beantragen. Die Umstellung muss dabei zu einem in der Zukunft liegenden Monatsersten beantragt werden; frühestens zum Ersten des auf die Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung folgenden Monats und spätestens zum Ersten des auf die Aufnahme folgenden 7. Monats.

Das Umstellungsrecht auf die Zusatzversicherung umfasst folgenden Versicherungsschutz:

- ambulante → Heilbehandlung
- → stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen)
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
Die tarifliche sowie eine gegebenenfalls individuell vereinbarte Zahnstaffel beginnen mit dem Umstellungszeitpunkt. Eine bereits in einer Zusatzversicherung bei uns zurückgelegte Zahnstaffel rechnen wir an. Dies setzt voraus, dass diese Zusatzversicherung bei uns bis zu dem Tag der Umstellung besteht.
Zum Zeitpunkt der Wahrnehmung der Option angeratene oder laufende Zahnbehandlungen, Behandlungen wegen Zahnersatz sowie kieferorthopädische Maßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer → Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens

Dabei ist das Krankentagegeld unter Anrechnung des GKV-Krankengeldes auf insgesamt 150 € pro Tag begrenzt, es sei denn, zum Zeitpunkt der Wahrnehmung der Option sehen die Aufnahmerichtlinien einen höheren Betrag vor.

- Krankenhaustagegeld bis zu insgesamt 50 € pro Tag

Das Umstellungsrecht gilt für Tarife, die am Tag der Umstellung für den Neuzugang geöffnet sind und für die → Versicherungsfähigkeit besteht.

Eine Risikoprüfung erfolgt nicht. Die → Wartezeiten gelten als erfüllt. Der Beitrag richtet sich nach dem erreichten → Alter.

Um die Option wahrzunehmen, müssen Sie uns die Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung als Arzt oder Zahnarzt auf Verlangen nachweisen.

2. Welche Optionsrechte bestehen auf die Vollversicherung?

2.1 Endet nach dem Studium die Versicherungspflicht des Versicherten in der GKV, hat er die Option, die bestehende Versicherung nach Tarif STUDI.med in eine Vollversicherung oder Beihilfe-Restkostenversicherung umzustellen.

Sie müssen die Umstellung innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Krankenversicherungspflicht in der GKV beantragen. Sie wird dann in unmittelbarem Anschluss an das Ende der Versicherungspflicht in der GKV wirksam.

Die Frist verlängert sich auf 6 Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll. Beantragen Sie innerhalb dieses Zeitraums die Wahrnehmung der Option, beginnt der Versicherungsschutz in der Vollversicherung zum nächsten Monatsersten, der auf den nächstmöglichen Beendigungstermin bei der GKV folgt.

2.2 Nimmt ein privat oder freiwillig in der GKV Versicherter nach dem Studium erstmals eine Beschäftigung auf, die keine Versicherungspflicht in der GKV auslöst, hat er die Option, die bestehende Versicherung nach Tarif STUDI.med in eine Vollversicherung oder Beihilfe-Restkostenversicherung umzustellen.

Sie müssen die Umstellung innerhalb von 6 Monaten nach Aufnahme der Beschäftigung beantragen. Der Versicherungsschutz in der Vollversicherung be-

ginnt dann zum nächsten Monatsersten, der auf den nächstmöglichen Beendigungstermin bei der privaten Krankenversicherung oder GKV folgt.

Das Umstellungsgerecht auf die Vollversicherung bzw. Beihilfe-Restkostenversicherung nach 2.1 und 2.2 umfasst folgenden Versicherungsschutz:

- ambulante → Heilbehandlung
- → stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhaus- und Wahlleistungen)
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
Die tarifliche sowie eine gegebenenfalls individuell vereinbarte Zahnstaffel beginnen mit dem Umstellungszeitpunkt. Eine bereits in einer Zusatzversicherung bei uns zurückgelegte Zahnstaffel rechnen wir an. Dies setzt voraus, dass diese Zusatzversicherung bei uns bis zu dem Tag der Umstellung besteht.
- Krankentagegeld für Selbstständige ab dem 22. Tag bzw. für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer → Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens.
Dabei ist das Krankentagegeld ab dem 22. Tag auf insgesamt 100 € pro Tag, das Krankentagegeld ab dem 43. Tag auf insgesamt 150 € pro Tag begrenzt, es sei denn, zum Zeitpunkt der Wahrnehmung der Option sehen die Aufnahmerichtlinien einen höheren Betrag vor.
- Krankenhaustagegeld bis zu insgesamt 50 € pro Tag
- Private Pflege-Pflichtversicherung

Das Umstellungsrecht gilt für Tarife, die am Tag der Umstellung für den Neuzugang geöffnet sind und für die → Versicherungsfähigkeit besteht.

Eine Risikoprüfung erfolgt nicht. Die → Wartezeiten gelten als erfüllt. Der Beitrag richtet sich nach dem erreichten → Alter.

Um die Option wahrzunehmen, müssen Sie uns das Ende der Versicherungspflicht in der GKV auf Verlangen nachweisen.

IX. Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

1. Was kostet die Versicherung?

Ihre Versicherung ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Sie kostet 4,94 € pro Monat.

Sind mehrere Personen versichert, müssen Sie den Beitrag für jeden Versicherten zahlen.

Die Berechnung der Beiträge unterliegt gesetzlichen Vorgaben und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Ändern sich die Beiträge, z.B. auch weil Sie den Versicherungsschutz ändern, berücksichtigen wir das → Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

2. Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden → Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang).

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur

für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) wegen Verletzung der → Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten,

steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

X. Wann endet der Vertrag und wann endet der Schutz für Reisen im Ausland?

1. Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet für einen Versicherten

- wenn Sie seinen Vertragsteil kündigen. Weitere Informationen dazu lesen Sie unter XI..
- mit Umstellung seines Vertragsteils in eine Zusatz- und/oder Optionsversicherung bzw. in eine Voll- oder Beihilfe-Restkostenversicherung (siehe VIII.). Der Vertragsteil endet, sofern eine dieser Optionen wahrgenommen wird.
- 12 Monate nach Abbruch seines Medizin- bzw. Zahnmedizinstudiums. Den Abbruch müssen Sie uns → unverzüglich anzeigen.
- 12 Monate nach der erfolgreichen Beendigung seines Medizin- bzw. Zahnmedizinstudiums. Die Beendigung müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.
- mit dem Ablauf des Monats, in dem der Versicherte 40 Jahre alt wird.
- mit dem Ablauf des Monats, in dem die Höchstdauer seiner Versicherung in diesem Tarif von 10 Jahren erreicht ist.

Der Vertrag endet insgesamt, wenn Sie in Deutschland keinen Wohnsitz mehr haben. Etwas anderes gilt beim Versicherten: Hat dieser keinen Wohnsitz mehr in Deutschland, endet dessen Versicherung.

Die Versicherung endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter, endet dessen Versicherung. Die Leistungen nach III.11. bleiben davon unberührt.

Mit Ende des Vertrages enden jeweils die Optionsrechte.

2. Wann endet der Schutz für Reisen im Ausland?

Der Schutz für Reisen im Ausland endet, auch für laufende Versicherungsfälle,

- wenn der Vertrag endet oder
- wenn der Versicherte 8 Wochen ununterbrochen im Ausland war.

In folgenden Ausnahmen besteht weiterhin Schutz, auch wenn der Vertrag endet oder der Versicherte 8 Wochen ununterbrochen im Ausland war:

- Der Versicherte kann nicht zurückreisen, weil er → reiseunfähig ist. Dann verlängert sich der Schutz um maximal 7 Tage und begründet einen Anspruch auf → Rücktransport nach III.10..
- Der Versicherte muss vor Ort bleiben, weil er → transportunfähig ist. Dann verlängert sich der Schutz so lange, bis der Versicherte wieder transportiert werden kann und begründet einen Anspruch auf Rücktransport nach III.10..

XI. Wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats kündigen. Dies setzt voraus, dass

- uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in → Textform erreicht und
- der Tarif bei dem Versicherten zum Tag der Beendigung schon mindestens 2 Jahre besteht.

Ihre gesetzlichen Kündigungsrechte bleiben unberührt.

XII. Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen dieser Versicherung ändern?

1. Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B. dadurch, dass

- die Kosten für → Heilbehandlungen steigen oder
- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen oder

- die Lebenserwartung der Versicherten steigt.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben. Dabei berücksichtigen wir auch die Sterbewahrscheinlichkeiten.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer → Beobachtungseinheit um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige → Treuhänder dies überprüft und zugestimmt hat.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

2. Wann können wir die Bedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger → Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt wurde. Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte dar-

stellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

2 Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

XIII. Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

XIV. Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der → Textform.

XV. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

1. Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

2. Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

3. Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das

Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de/

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter/alt

Das Alter berechnen Sie, indem Sie vom Kalenderjahr Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2025 – 1987 = 38. Das Alter bestimmt die Höhe des Beitrages.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann bieten, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als gefahrerheblich gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Arbeitsunfähig

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieses Tarifs bedeutet: Die zuletzt ausgeübte oder eine ähnliche Tätigkeit kann nicht oder nur auf die Gefahr einer Verschlechterung der Gesundheit hin ausgeübt werden. Dies gilt stets für die Zeiten einer stationären Heilbehandlung, z.B. bei Krankenhaus- oder Kuraufenthalt.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Geeignetes Krankenhaus

Als geeignet bezeichnen wir ein Krankenhaus, das in der Lage ist, die Krankheit oder Verletzung des Versicherten medizinisch angemessen zu versorgen.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Hilfsmittel

Zu den Hilfsmitteln gehören insbesondere Sehhilfen, Hörhilfen, Prothesen und orthopädische Hilfsmittel wie Rollstühle sowie andere Hilfsmittel, etwa Inhalationsgeräte.

Sehhilfen und Hörgeräte erstattet Tarif STUDI.med nicht.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Pflegebedürftig

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Reiseunfähig

Reiseunfähig bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann. Er kann aber z.B. in einem intensiv medizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel befördert werden.

Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Reiseland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass er deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

Praxisbeispiel zum Rücktransport:
Unfall mit dem Mountainbike in Spanien. Verletzung der Wirbelsäule. Infolgedessen Querschnittssympto-

matik. Nach der notwendigen stationären Akutbehandlung und Stabilisierung des Versicherten erfolgte der Rücktransport nach Deutschland in eine Spezialklinik. Der Versicherte wurde in einem Ambulanzflugzeug zurücktransportiert und dabei von einem Arzt betreut.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Stationäre Heilbehandlung

Eine stationäre Heilbehandlung liegt vor, wenn der Patient zeitlich ununterbrochen – mindestens aber einen Tag und eine Nacht – im Krankenhaus untergebracht ist.

Textform

Textform bedeutet schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Transportunfähig

Im Gegensatz zu → reiseunfähig ist der Versicherte so krank oder verletzt, dass er nicht transportiert werden darf. Selbst in einem intensiv medizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel ist das nicht möglich.

Treuhänder

Personen, die aufsichtsrechtliche Befugnisse im Interesse der Versicherten wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsbeginn

Das ist der Zeitpunkt, der im → Versicherungsschein steht.

Versicherungsfähigkeit

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im → Versicherungsschein steht (→ Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 01.04.2025, so beginnt das Versicherungsjahr am 01.04.2025 und endet am 31.03.2026.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verlet-

zung 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 Abs. 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 Abs. 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, so lange 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 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 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG] in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person 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.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.