Allgemeine Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb)

English version:
www.hallesche.de/pm246u-e-0823.pdf

Fassung Januar 2024

Inhalt

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung? . 2
§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz? 2
§ 3 Was leisten wir im Ausland? 3
§ 4 Was leisten wir im Versicherungsfall? 4
§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt? . 5
§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall? 7
§ 7 Welche Pflichten müssen Sie beachten? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen? 7
§ 8 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen? 8
§ 9 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen? 9
§ 10 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern? 9
§ 11 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern? 10
§ 12 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz? 10
§ 13 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen? 11
§ 14 Wann und wie können wir Ihren Vertrag kündigen? 11
§ 15 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag auf Anwartschaft stellen? 11
§ 16 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten? 12
§ 17 Was müssen Sie tun, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert? 12
Fachbegriffe 12
Anhang - Gesetzestexte 16

§ 1 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 Form.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannten Ereignisse. Im ➢Versicherungsfall ersetzen wir die Kosten für die ➢Heilbehandlung und/oder andere vereinbarte Leistungen. Was wir genau leisten, lesen Sie bitte in Ihrem Tarif.

Mit diesem Versicherungsschutz erfüllen Sie die ➢Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Lesen Sie dazu § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) im Anhang.

(3) Wie lange läuft der Versicherungsvertrag maximal?

Der Vertrag hat keine Mindestvertragsdauer. Er endet spätestens 60 Monate nach dem ➢Versicherungsbeginn.

Wenn der Versicherte unmittelbar vor Beginn der Versicherung in einem anderen Tarif für Personen mit einem ➢befristeten Aufenthaltstitel versichert war, verkürzt sich die Vertragslaufzeit entsprechend.

(4) Was ist ein ➢Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige ➢Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Folgen eines ➢Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Versicherungsfall ist auch

- die Behandlung einer Versicherten wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt. Dazu zählt auch der Abbruch einer Schwangerschaft, wenn er nicht rechtswidrig ist.
- eine Vorsorgeuntersuchung, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versicherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Je nach Tarif kann es sonstige Versicherungsfälle geben, in denen Versicherungsschutz besteht. Dies regeln wir ausdrücklich im Tarif.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr ➢Versicherungsschein,
- Ihr Tarif,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag ist geschlossen, wenn Ihnen der ➢Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme Ihres Antrags zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht, bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben.

Ist ein ➢Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir für die Zeit ab Beginn des Versicherungsschutzes, wenn

- der Versicherungsfall eingetreten ist, nachdem der Vertrag geschlossen wurde oder

- uns dieser Versicherungsfall vor Vertragsschluss angezeigt wurde und wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

(2) Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne ➢Risikozuschlag ab Geburt. Dies gilt nur, wenn Sie das Kind spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet haben und

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate bei uns versichert ist oder
- die werdende Mutter noch keine 20 Wochen schwanger war, als sie oder der werdende Vater den eigenen Versicherungsschutz beantragt hat.

In diesem Fall gilt:

- Beiträge für das Kind müssen Sie erst ab dem Monat zahlen, der auf die Geburt folgt.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Sie können jedoch für das Kind einen geringeren jährlichen Eigenanteil wählen.
- Der Versicherungsschutz gilt auch für Krankheiten und Anomalien, die vor oder während der Geburt entstanden sind.
- Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen im Krankenhaus sind mitversichert.

Der Geburt stellen wir die ➢Adoption gleich, wenn ein bei uns Versicherter ein Kind adoptiert, das noch minderjährig ist. Hier können wir einen Zuschlag für ein erhöhtes Risiko verlangen. Der Zuschlag ist maximal so hoch wie der Beitrag für das Kind.

§ 3 Was leisten wir im ➢Ausland?

(1) Was leisten wir für die Behandlung in anderen Staaten der ➢EU, in Staaten des ➢EWR und in der Schweiz?

Wir leisten für Behandlungen mit folgender Begrenzung:
Wir leisten in diesen Staaten höchstens das, was wir bei dieser Behandlung in Deutschland hätten leisten müssen.

Haben wir die Leistung

- vorab in ➢Textform zugesagt oder
- muss der Versicherte im Ausland aufgrund eines ➢Notfalles stationär behandelt werden,

verzichten wir auf diese Begrenzung.

Wenn der Versicherte aufgrund eines Notfalls stationär behandelt werden muss, müssen Sie ➢unverzüglich unseren Auslandsnotruf einschalten.

Unseren Auslandsnotruf erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: **+49 (0) 7 11/66 03-39 30**.

(2) Was leisten wir in den restlichen Staaten?

Wir leisten für Behandlungen mit folgenden Begrenzungen:

- Der Versicherte hat Versicherungsschutz für Aufenthalte bis zu 4 Wochen. Dauert ein Aufenthalt länger, besteht Schutz nur für die ersten 4 Wochen.
- Reist der Versicherte in sein ➢Heimatland, hat er bis zu 12 Wochen Versicherungsschutz. Dauert ein Aufenthalt länger, besteht Schutz nur für die ersten 12 Wochen.
- Der Versicherungsschutz verlängert sich über die hier genannten Fristen hinaus, wenn der Versicherte ➢nicht transportfähig ist. Der Versicherte hat dann Versicherungsschutz, bis er wieder ohne Gefährdung seiner Gesundheit nach Deutschland transportiert werden kann. Die genauen Regelungen für einen Rücktransport nach Deutschland finden Sie in Ihrem Tarif (Hi.Medical L/S).
- Wir leisten höchstens das, was wir bei dieser Behandlung in Deutschland hätten leisten müssen.
- Haben wir die Leistung
  - vorab in ➢Textform zugesagt oder
  - muss der Versicherte im Ausland aufgrund eines ➢Notfalles stationär behandelt werden,

  verzichten wir auf diese Begrenzung.

Wenn der Versicherte aufgrund eines Notfalls stationär behandelt werden muss, müssen Sie ➢unverzüglich unseren Auslandsnotruf einschalten.

Unseren Auslandsnotruf erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: **+49 (0) 7 11/66 03-39 30**.

(3) Was passiert, wenn sich der Versicherte länger als 6 Monate im ➢Ausland aufhält?

Der Versicherte gibt nach diesen Bedingungen seinen ➢gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland auf, wenn er sich innerhalb eines Jahres länger als insgesamt 6 Monate im Ausland aufhält.

Wir berechnen dabei die Dauer des Aufenthaltes im Ausland, indem wir alle Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten zusammenzählen. Unterbricht der Versicherte den Auslandsaufenthalt um weniger als 30 Tage, zählt diese Zeit zum Aufenthalt.

Werden 6 anrechenbare Monate überschritten, endet das betroffene Versicherungsverhältnis. Lesen Sie dazu bitte auch § 12 Abs. 1.

Dies gilt nicht für Aufenthalte in anderen Staaten der ➢EU, Staaten des ➢EWR oder der Schweiz. Hier beenden wir den Vertrag nicht.

§ 4 Was leisten wir im ➢Versicherungsfall?

(1) Welche Leistung ist versichert?

Was wir leisten, lesen Sie in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in Ihrem Tarif.

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Sind die Leistungen im Tarif versichert, kann der Versicherte unter folgenden Personen frei wählen:

- niedergelassene, approbierte Ärzte bzw. Zahnärzte,
- Ärzte im Krankenhaus und in Notfallambulanzen,
- Not- bzw. Rettungsärzte,
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
- Hebammen und Entbindungspfleger,
- approbierte Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Wir leisten in diesem Fall für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für die systemische Therapie und Verhaltenstherapie.

Heilmittel (wie z.B. Massagen) und Naturheilverfahren sind zu erbringen von:

- niedergelassenen, approbierten Ärzten oder
- Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder
- staatlich geprüften Angehörigen von Heil- und Hilfsberufen. Das sind z.B. Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler.

Zusätzlich kann sich der Versicherte ambulant behandeln lassen in

- der Ambulanz eines Krankenhauses oder
- einem medizinischen Versorgungszentrum oder
- einem sozialpädiatrischen Zentrum.

(3) Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?

Wenn der Versicherte aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss, kann er das Krankenhaus frei wählen. Das Krankenhaus muss allerdings folgende Bedingungen erfüllen: Es muss

- ständig ärztlich geleitet sein,
- über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um Krankheiten festzustellen und zu behandeln und
- den Verlauf der Krankheit schriftlich festhalten.

Führt ein solches Krankenhaus auch ➢Kuren, ➢Sanatoriumsbehandlungen oder ➢Rehabilitationsmaßnahmen durch, leisten wir nur, wenn wir Ihnen dies vorher schriftlich zugesagt haben. Dies gilt nicht, wenn

- der Versicherte wegen eines ➢Notfalls eingewiesen wird.
- das Versorgungskrankenhaus das einzige in der Umgebung ist und der Versicherte dort medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchführen lässt, die nur stationär durchgeführt werden können.
- während eines Aufenthaltes in einem solchen Krankenhaus ein ➢Unfall oder eine akute Krankheit eintritt und der Versicherte dort deshalb aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss.
- der Versicherte im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung dort operiert werden muss.
- es sich um eine ➢Anschlussheilbehandlung nach § 5 Abs. 7 handelt.

(4) Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen die in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnen.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa oder vergleichbar) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in § 4 Abs. 2 genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

(5) Für welche Methoden und Arzneimittel leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Wir leisten 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 Erfolg versprechend bewährt haben. Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin verfügbar sind.

(6) Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?

Wir sagen Ihnen vorab, ob und welche Kosten wir übernehmen, wenn

- der Versicherte beabsichtigt, sich behandeln zu lassen und
- dies vermutlich mehr als 2.000 € kostet und
- Sie dies in ➢Textform von uns erfragen.

Bitte beachten Sie: Wir können unsere Auskunft nur erteilen, soweit dies die von Ihnen vorgelegten Unterlagen zulassen.

Die Auskunft geben wir Ihnen

- spätestens nach 4 Wochen bzw.
- falls der Versicherte dringend behandelt werden muss, unverzüglich, spätestens aber nach 2 Wochen.

Die Frist beginnt, sobald Ihre Anfrage bei uns eingeht. Haben wir diese Frist versäumt, leisten wir für die Behandlung tariflich, es sei denn, wir können nachweisen, dass diese nicht medizinisch notwendig ist.

§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

- für Krankheiten und ➢Unfälle, die der Versicherte ➢vorsätzlich herbeigeführt hat sowie deren Folgen.
- für eine durch ➢Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- für Behandlungen durch Ehegatten, ➢Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden wir gemäß Ihrem Tarif erstatten.
- für Rechnungen von Personen oder von Krankenanstalten, die wir aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor dem ➢Versicherungsfall darüber informiert haben. Ansonsten leisten wir noch für 3 Monate ab dem Zeitpunkt, an dem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Leisten wir für ➢Entwöhnungsbehandlungen?

Für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen leisten wir nicht, es sei denn, wir sehen diese Leistung im Tarif ausdrücklich vor.

(3) Leisten wir bei Krieg, Unruhen und Terror?

Wir leisten nicht, wenn der Versicherte aufgrund von Kriegsereignissen in Deutschland verletzt wird.

Wir leisten auch nicht, wenn der Versicherte außerhalb Deutschlands verletzt wird, weil er sich an Unruhen aktiv beteiligt.

Wir leisten auch nicht, wenn der Versicherte außerhalb Deutschlands aufgrund von Kriegsereignissen oder terroristischen Anschlägen verletzt wird. Wir leisten aber, wenn

- das deutsche 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.

(4) Leisten wir bei Pandemien?

Wir leisten, wenn der Versicherte aufgrund einer Pandemie in Deutschland behandelt wird.

Wir leisten nicht, wenn der Versicherte außerhalb Deutschlands aufgrund einer Pandemie behandelt wird. Wir leisten aber, wenn

- das deutsche 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 aufgrund von Reisebeschränkungen das Gebiet nicht verlassen kann.

(5) Leisten wir für ➢Kur- oder ➢Sanatoriumsbehandlungen?

Für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen leisten wir nur, wenn dies ausdrücklich im Tarif steht.

(6) Leisten wir für ➢Rehabilitationsmaßnahmen?

Für Rehabilitationsmaßnahmen leisten wir nicht. Handelt es sich um eine ➢Anschlussheilbehandlung, leisten wir entsprechend § 5 Abs. 7.

(7) Leisten wir für ➢Anschlussheilbehandlungen?

Für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung leisten wir, wenn wir diese Behandlung vorher schriftlich zugesagt haben.

Der Versicherte benötigt jedoch keine schriftliche Zusage von uns für die ersten 3 Wochen einer Anschlussheilbehandlung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Behandlung beginnt innerhalb von 28 Tagen nach dem Aufenthalt im Krankenhaus und
- die Behandlung wird in einer Einrichtung durchgeführt, die ein gesetzlicher Rehabilitationsträger für diese Maßnahme anerkannt hat.

Wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen die Anschlussheilbehandlung nicht innerhalb von 28 Tagen beginnen kann, benötigt er unsere Zusage. Wir erteilen diese Zusage, soweit diese später einsetzende Anschlussheilbehandlung medizinisch notwendig ist. Dies kann beispielsweise nach einer Strahlentherapie zur Tumorbehandlung der Fall sein oder wenn eine geeignete Einrichtung nicht rechtzeitig verfügbar ist.

Sie können auch eine Verlängerung der Anschlussheilbehandlung bei uns beantragen. Wir genehmigen diese soweit sie medizinisch notwendig ist.

Kann der Versicherte nach einer akuten stationären Behandlung eine Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers beanspruchen, muss er diese gesetzlichen Leistungen zuerst in Anspruch nehmen. Die Leistungen des gesetzlichen Rehabilitationsträgers ziehen wir dann von unserer Erstattung ab.

Es gibt Fälle, in denen der Versicherte eine gesetzliche Rehabilitationsmaßnahme erhalten könnte, diesen Anspruch aber schuldhaft nicht verfolgt. In diesem Fall ziehen wir die Leistung, die der gesetzliche Träger bei Inanspruchnahme erbracht hätte, von unserer Erstattung ab.

(8) 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 unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir insoweit nicht leisten.

(9) Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?

Hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen eines anderen Kostenträgers, muss er diese zuerst in vollem Umfang in Anspruch nehmen. Diese Leistungen ziehen wir von unserer Erstattung ab.

Wenn der Versicherte wegen desselben ➢Versicherungsfalls Anspruch gegen mehrere Kostenträger hat, erhalten Sie als Leistung insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im ➢Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

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

Rechnungen brauchen wir im Original. Besteht eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Die Rechnungen müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- die Daten der Behandlung sowie
- die Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden oder die Ziffern der ➢Gebührenordnungen.

Bei Rechnungen von Krankenhäusern müssen wir zusätzlich erkennen können,

- welche Wahlleistungen der Versicherte in Anspruch genommen hat, die das Krankenhaus gesondert berechnen darf, bzw.
- welche Pflegeklasse er aufgesucht hat.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung ausbezahlen können, lesen Sie in § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

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 gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank. Weist der Versicherte mittels Bankbeleg nach, dass er die Devisen teurer erworben hat, gilt dieser Kurs.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in ➢Textform mit.

Sie können Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden. Das gilt nicht, wenn Sie Ihren Vertrag ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossen haben. Gesetzliche Abtretungsverbote gelten trotzdem.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen,
- Kosten für Übersetzungen.

§ 7 Welche Pflichten müssen Sie beachten? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten müssen Sie beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Sie und der nach § 6 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
  - ob ein ➢Versicherungsfall vorliegt und
  - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Der Versicherte
  - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern und
  - darf nichts tun, was die Genesung behindert.
- Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit ➢gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen, müssen Sie uns darüber ➢unverzüglich informieren.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diese Bestimmungen finden Sie im Anhang.

Wenn Sie eine weitere Versicherung mit ➢gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen haben, können wir auch kündigen, wenn

- Sie uns nicht ➢unverzüglich informiert haben und
- es sich um einen Tarif handelt, mit dem Sie nicht Ihre ➢Pflicht zur Versicherung erfüllen.

Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Kündigen können wir innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, ohne eine Frist einzuhalten.

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

(3) Welche weiteren Pflichten müssen Sie beachten?

Sie müssen uns ➢unverzüglich informieren, wenn der Versicherte keinen befristeten Aufenthaltstitel in Deutschland mehr hat oder sonstige Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen. Lesen Sie dazu bitte in Ihrem Tarif die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach.

Wenn der ➢gewöhnliche Aufenthalt des Versicherten weiterhin in Deutschland ist, können Sie für den Versicherten die Option zur Weiterversicherung in unserer unbefristeten Krankheitskosten-Vollversicherung wahrnehmen. Lesen Sie dazu bitte § 12 Abs. 3.

(4) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie oder der Versicherte diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. sein:

- Schadensersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder
- Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Wird diese Obliegenheit verletzt, wenden wir die Rechtsfolgen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) entsprechend an. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

§ 8 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Wir haben diese Versicherung nach ➢Art der Lebensversicherung kalkuliert. Wie wir die Beiträge berechnen, ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Berechnung entspricht den gesetzlichen Vorschriften in Deutschland.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt Folgendes:

- Für ein Kind bezahlen Sie den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 Jahre bis zum Ende des Jahres, in dem es 16 Jahre alt wird.
- Zum Beginn des nächsten Jahres stellen wir das Kind dann in die Altersgruppe 17-20 Jahre um. Diesen Beitrag bezahlen Sie bis zum Ende des Jahres, in dem es 20 Jahre alt wird.
- Zum Beginn des nächsten Jahres bezahlen Sie für das Kind dann den Erwachsenen-Beitrag für das Alter 21.

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.

Wenn sich die Beiträge ändern, können wir auch mit Ihnen vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzukommenden Versicherungsschutz.

(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 werden an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

(3) Was passiert, wenn Sie die Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig bezahlen?

Es gibt je nach Tarif unterschiedliche Regelungen für diesen Fall. Dies hängt davon ab, ob der Tarif die

➢Pflicht zur Versicherung in Deutschland erfüllt oder nicht. Lesen Sie dazu bitte im Anhang § 193 Abs. 3 VVG.

a) Für Tarife, die die Pflicht zur Versicherung in Deutschland nicht erfüllen (Tarif Hi.Dental L/S), gilt Folgendes:
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. Diese finden Sie im Anhang.

b) Bei Tarifen, die die Pflicht zur Versicherung in Deutschland erfüllen (Tarif Hi.Medical L/S), können Beitragsrückstände zum Ruhen des Versicherungsschutzes führen (siehe Anhang § 193 Abs. 6 und 7 VVG). In diesem Fall gilt die versicherte Person als im ➢Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

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 wegen ➢Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten (lesen Sie bitte im Anhang) 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.

§ 9 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen,

- soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder
- rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 10 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

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

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

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

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.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt und/oder einen ➢Risikozuschlag entsprechend anpassen.

Ändern wir die Beiträge, können wir auch den Zuschlag anpassen, der für die Begrenzung des Beitrags im ➢Basistarif erforderlich ist.

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

(2) Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen 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
- einen 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 darstellen 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.

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

§ 11 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

(1) Wann können Sie in den ➢Basistarif wechseln?

Sie können für einen Versicherten in Ihrem Vertrag einen Wechsel in den Basistarif verlangen. Die vom Versicherten erworbenen Rechte werden dabei angerechnet.

(2) Welche Möglichkeiten haben Sie, innerhalb unserer befristeten Krankenversicherung den Versicherungsschutz zu wechseln?

Sie können innerhalb unseres zeitlich befristeten Tarifwerks Hi.Germany Ihren Versicherungsschutz wechseln. Dies setzt voraus, dass der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann.

Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte und die Laufzeit des bisherigen Vertrages an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir für diese Mehrleistung eine Risikoprüfung verlangen. Stellen wir ein erhöhtes Risiko fest, werden wir insoweit

- einen ➢Risikozuschlag verlangen oder
- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

Wenn Sie den Tarif wechseln, dann müssen Sie den Beitrag für den neuen Tarif bezahlen. Haben wir mit Ihnen schon zuvor einen Ausschluss von Leistungen oder Risikozuschlägen vereinbart, werden

- dieser Ausschluss übernommen und
- die Zuschläge an den neuen Beitrag angepasst.

Eine Änderung des Versicherungsschutzes ist nicht möglich, solange Ihr Versicherungsschutz auf ➢Anwartschaft gestellt ist oder ➢ruht.

(3) Welche Möglichkeiten haben Sie, in unsere unbefristete Krankenversicherung zu wechseln?

Der Wechsel in eine unbefristete Krankenversicherung mit ➢gleichartigem Versicherungsschutz ist nicht möglich.

Der Versicherte hat jedoch eine Option auf Weiterversicherung, wenn der Tarif Hi.Medical L/S endet. Dieses ist in § 12 Abs. 3 geregelt.

§ 12 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, soweit

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen lesen Sie dazu in § 13.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 14.
- die maximale Versicherungsdauer von 60 Monaten erreicht ist. Lesen Sie dazu auch § 1 Abs. 3.
- ein Versicherter in diesem Tarif nicht mehr ➢versicherungsfähig ist. Wann dies der Fall ist, lesen Sie bitte im jeweiligen Tarif.
- Sie Ihren ➢gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der ➢EU, der Schweiz oder den Staaten des ➢EWR verlegen. In diesem Fall können Sie Ihren Vertrag nicht fortsetzen. Lesen Sie dazu auch § 3 Abs. 3.

Der Vertrag 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 nur dessen Vertragsteil.

(2) Kann der Vertrag nach einer Trennung oder Scheidung weitergeführt werden?

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- nachdem Sie geschieden sind oder
- wenn Sie getrennt leben.

Bei ➢Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(3) Welche Option auf Weiterversicherung hat der Versicherte?

Endet der Tarif Hi.Medical L/S, kann der Versicherte nahtlos in einen unserer geöffneten, unbefristeten Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung wechseln. Dies setzt voraus, dass

- der ➢gewöhnliche Aufenthalt des Versicherten weiterhin in Deutschland ist,
- der Versicherte im Tarif ➢versicherungsfähig ist,
- der Versicherte uns einen Wohnsitz in Deutschland nachweist und
- die Beiträge der letzten 12 Monate vollständig bezahlt sind.

Der Versicherte kann ohne Risikoprüfung wechseln, wenn Sie dies innerhalb eines Monats nach Ende des Tarifs Hi.Medical L/S bei uns schriftlich beantragen.

Hat ein Versicherter bisher keine Zahnleistungen versichert und will diese zukünftig versichern, führen wir hierfür eine Risikoprüfung durch. In diesem Fall können wir Zahnleistungen ausschließen oder mindern.

Hat der Versicherte den Tarif gewechselt, müssen Sie den Beitrag des neuen Tarifs bezahlen. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge im alten Tarif werden im neuen Tarif übernommen und entsprechend dem vereinbarten Risikograd angepasst.

(4) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 13 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie haben keine Mindestvertragsdauer. Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats ordentlich kündigen. Dies setzt voraus, dass uns Ihre Kündigung mindestens 15 Tage vorher in ➢Textform erreicht. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte oder Tarife, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.
- bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

Erfüllt der Tarif die ➢Pflicht zur Versicherung, setzt die Kündigung voraus, dass

- der Versicherte nach der Kündigung nahtlos bei einem anderen Versicherer weiterversichert ist. Diese Versicherung muss die Anforderungen der Pflicht zur Versicherung erfüllen.
- Sie uns dies nachweisen. Dazu haben Sie 2 Monate Zeit, nachdem Sie gekündigt haben. Ist der Termin der Kündigung mehr als 2 Monate in der Zukunft, haben Sie dafür bis zu diesem Termin Zeit.

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hiervon Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Wann und wie können wir Ihren Vertrag kündigen?

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

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen ➢außerordentlich kündigen. Dabei können wir uns auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

§ 15 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag auf ➢Anwartschaft stellen?

Wenn Sie kündigen, können Sie oder der Versicherte den Vertrag als Anwartschaft fortsetzen.

Eine Anwartschaftsversicherung ist auch möglich, wenn

- der Versicherte versicherungspflichtig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird oder
- Anspruch auf Familienversicherung in der GKV erhält oder
- beihilfeberechtigt wird oder
- Anspruch auf freie Heilfürsorge erhält.

Die Anwartschaft müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Ende des Tarifs beantragen.

Eine Anwartschaft ist nicht möglich, wenn der Versicherungsvertrag beendet wird, weil der Versicherte seinen ➢gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt. In diesem Fall kann der Vertrag nicht fortgeführt werden.

§ 16 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der ➢Textform.

§ 17 Was müssen Sie tun, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Bitte informieren Sie uns ➢unverzüglich, wenn sich Ihre Anschrift ändert. Tun Sie das nicht, senden wir Erklärungen an die letzte uns bekannte Anschrift. Das gleiche gilt, wenn sich Ihr Name ändert.

Senden wir Ihnen einen eingeschriebenen Brief an diese Anschrift, gilt dieser innerhalb von 3 Tagen nach der Absendung als zugestellt.

§ 18 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 Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen 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 Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz 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

Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht zufrieden sind oder Verhandlungen mit uns nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können Sie 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. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Haben Sie Ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen, können Sie 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 Sie mit der Betreuung durch uns nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir 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 Ihnen der Rechtsweg offen.

Fachbegriffe

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

Adoption

Die Adoption muss stets in Deutschland anerkannt sein. Dann behandeln wir den Tag der Adoption wie den Tag der Geburt.

Anschlussheilbehandlung

Eine Anschlussheilbehandlung ist eine besondere Form der Rehabilitation. Sie erfolgt im Anschluss an eine akute stationäre Behandlung in einem Krankenhaus.

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 Vertragsschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat.

Art der Lebensversicherung

Das bedeutet, dass die Krankenversicherung wie eine Lebensversicherung kalkuliert wird. Dabei sind zahlreiche Auflagen zu beachten. Das sind zum Beispiel:

- Ein verantwortlicher Aktuar muss sicherstellen, dass die Beitragskalkulation den Gesetzen entspricht.
- Die versicherungsmathematischen Methoden müssen bestimmte Mindestanforderungen erfüllen.
- Beitragsänderungen erfolgen aufgrund einer Anpassungsklausel. Sie bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Gutachters, des sogenannten Treuhänders.

Ausland

Als Ausland gelten alle Staaten außerhalb Deutschlands. Auch Ihr ➢Heimatland gilt als Ausland.

Außerordentliche Kündigung

Eine außerordentliche Kündigung ist zum Beispiel möglich, wenn Sie den Vertrag schwerwiegend verletzt haben. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie uns bei der Abrechnung betrügen.

Basistarif

Der Basistarif ist ein gesetzlich vorgeschriebener Tarif, der bei allen Krankenversicherern gleich ist. Er bietet Leistungen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sind und wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Entwöhnungsbehandlung

Die Entwöhnungsbehandlung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, mit der im speziel-

len stoffgebundene Suchterkrankungen wie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit therapiert werden. Sie soll dem Patienten vor allem helfen von seinem Suchtmittel abstinent zu bleiben und die mit der Sucht einhergehenden körperlichen und seelischen Störungen so weit wie möglich auszugleichen.

EU (Europäische Union)

Folgende Staaten gehören dazu: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. Großbritannien trat am 31. Januar 2020 aus der Europäischen Union aus.

EWR (Europäischer Wirtschaftsraum)

Der EWR besteht aus der ➢EU und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). EFTA-Staaten sind Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gewöhnlicher Aufenthalt

Ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat eine Person dort, wo sie ihren Lebensmittelpunkt hat. Hält sich eine Person länger als 6 Monate im Ausland auf, ist ihr Lebensmittelpunkt nicht mehr in Deutschland.

Gleichartiger Versicherungsschutz

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Leistungsbereiche sind z.B. Kostenerstattung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung oder
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Dies gilt jeweils nur für Tarife innerhalb der Vollversicherung bzw. für Tarife innerhalb der Zusatzversicherung.

Heilbehandlung

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

Heimatland

Heimatland ist das Land bzw. die Länder, für die der Versicherte die Staatsangehörigkeit besitzt.

Kurbehandlung

Eine Kurbehandlung wird in der Regel in einem Heilbad oder in einem Kurort durchgeführt. Dabei werden bestimmte Behandlungsmethoden und Heilmittel angewendet, die einer Krankheit vorbeugen oder diese nach der akuten Phase lindern. Diese können ambulant oder stationär (mit Übernachtung) durchgeführt werden. Auch Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Kuren sind Kurbehandlungen.

Lebenspartner

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

Nicht transportfähig

Der Versicherte ist so krank oder verletzt, dass er nicht transportiert werden darf. Selbst in einem intensiv medizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel ist das nicht möglich.

Notfall

Ein Notfall ist eine Situation, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren Schäden oder dem Tod führt.

Notlagentarif

In den Notlagentarif werden die Versicherten aufgenommen, die

- ihre Beiträge auch nach unseren Mahnungen nicht bezahlen und
- aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht weiter versichert bleiben müssen.

Es handelt sich de facto um einen „Nichtzahlertarif“.

Der Leistungsumfang des Notlagentarifs ist deutlich reduziert. Erstattet werden die Kosten der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzen sowie im

Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft.

Pflegebedürftigkeit

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft (mind. 6 Monate lang) nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Pflicht zur Versicherung

Seit 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland muss eine Krankenversicherung haben. Je nachdem, welche Voraussetzungen sie erfüllt, ist sie pflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), muss sich freiwillig gesetzlich versichern oder wählt eine private Krankenversicherung (PKV).

Rehabilitationsmaßnahmen

Rehabilitationsmaßnahmen sind vergleichbar mit ➢Kur- oder ➢Sanatoriumsbehandlungen. Im Unterschied zu diesen werden Rehabilitationsmaßnahmen aber von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bewilligt und bezahlt, zum Beispiel durch einen Rentenversicherer. Rehabilitationsmaßnahmen können ambulant und stationär durchgeführt werden, in der Regel in besonderen Einrichtungen des Rehabilitationsträgers.

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein höheres Risiko vor, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Ruhen

Durch das Ruhen der Versicherung werden die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag stillgelegt. Der Vertrag selbst bleibt aber bestehen. Während der Ruhenszeit erbringen wir keine Leistungen und Sie müssen keinen Beitrag bezahlen. Eine Sonderform des Ruhens mit abweichenden Regelungen ist der ➢Notlagentarif.

Sanatoriumsbehandlung

Als Sanatorien gelten Anstalten, in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden. Sie stehen unter der Leitung und ständigen Aufsicht eines Arztes.

Schulmedizin

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

Textform

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

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.

Versicherungsfähig

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.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige ➢Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines ➢Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Je nach Tarif kann es andere Fälle geben, in denen Schutz besteht.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbe-

ginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 01.04.2021, so beginnt das Versicherungsjahr am 01.04.2021 und endet am 31.03.2022.

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.

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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

(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 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 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.

§ 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 5.000 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 5.000 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten 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.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Program-

men und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

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.