



Antrag auf ambulante Zusatzversicherung

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen unmittelbar den Versicherungsschein oder vorab eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

■ Es betreut Sie:



	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
--	----------------------------------------------	------	---------

Tarife und Beitrag	1. Person	Beitrag in Euro	Beitragszuschlag MED-Tarife in Euro
	<input type="checkbox"/> MED Komfort-U	_____	_____ 40% Zuschlag für Rückenbeschwerden und deren Behandlungen
	<input type="checkbox"/> MED (EG 080-U, EG 080-UA)	_____	_____ 25% Zuschlag für Beeinträchtigung der Sehfähigkeit _____ 40% Zuschlag für Rückenbeschwerden und deren Behandlungen _____ 65% Zuschlag für Beeinträchtigung der Sehfähigkeit und Rückenbeschwerden und deren Behandlungen
	Monatsbeitrag 1. Person	_____	
	2. Person	Beitrag in Euro	Beitragszuschlag MED-Tarife in Euro
	<input type="checkbox"/> MED Komfort-U	_____	_____ 40% Zuschlag für Rückenbeschwerden und deren Behandlungen
	<input type="checkbox"/> MED (EG 080-U, EG 080-UA)	_____	_____ 25% Zuschlag für Beeinträchtigung der Sehfähigkeit _____ 40% Zuschlag für Rückenbeschwerden und deren Behandlungen _____ 65% Zuschlag für Beeinträchtigung der Sehfähigkeit und Rückenbeschwerden und deren Behandlungen
	Monatsbeitrag 2. Person	_____	
	Gesamtbeitrag für alle Personen, inklusive Beitragszuschlag (Mindest-Zahlbeitrag 2,50 EUR, ggf. Zahlweise ändern)	_____	

Weiterhin bestehende ungekündigte Versicherungen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV
	Name des Versicherers	Vertragsnummer
	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz)	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen (z. B. ambulant, stationär, Zahnzusatz)
	Versicherungsart	Name des Versicherers
	_____	_____

Bemerkungen/ Vereinbarungen

Angaben zum Gesundheitszustand Beantworten Sie alle Fragen bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie - innerhalb der abgefragten Zeiträume - auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie der in diesem Antrag enthaltenen gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG entnehmen.

	1. Person	2. Person
1. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Suchterkrankungen, Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Psychische/ psychosomatische Erkrankungen/Beschwerden, Darmerkrankungen, Nierenerkrankungen, Rheumatische Erkrankungen, Chronische Lungenerkrankungen, Neurologische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Erfolgt in den letzten 3 Jahren mehrmals Behandlungen oder Therapien wegen Rückenbeschwerden beim Arzt, Heilpraktiker oder anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nur falls Tarif MED (EG 080-U) beantragt wird, bitte beantworten und beachten	3. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen oder sind solche angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tarif MED (EG 080-U): Ein Zuschlag von 25% gilt für die Beeinträchtigung der Sehfähigkeit und ein Zuschlag von 40% gilt für Rückenbeschwerden und deren Behandlungen. Bestehen Rückenbeschwerden und eine Beeinträchtigung der Sehfähigkeit, dann beträgt der Zuschlag 65%.

Tarif MED Komfort-U: Ein Zuschlag von 40% gilt für Rückenbeschwerden und deren Behandlungen.

- Abschließende Auflistung der Abschlussdiagnosen zu den genannten Erkrankungen in Frage 1**
- Suchterkrankungen**
 - Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol, Drogen, andere berauschende Substanzen
 - Herzerkrankungen**
 - Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, angeborene Herzfehler, hypertensive Herzerkrankung, Endokarditis, rheumatische Herzkrankheiten, Myokarditis, Cardiomyopathie
 - Psychische/psychosomatische Erkrankungen/Beschwerden**
 - Demenz, Alzheimer, Schizophrenie, Angst- & Zwangsstörungen, Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), Paranoide schizoide Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Psychosen, Entwicklungsstörung, Belastungsreaktion, Stress, Schlafstörung, Erschöpfung/-sreaktion, Burn-out
 - Darmerkrankungen**
 - Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Darmulcus, Divertikulose/Divertikulitis
 - Nierenerkrankungen**
 - Akutes & chronisches Nierenversagen, Niereninsuffizienz, Einnierigkeit, zystische Nierenerkrankung
 - Rheumatische Erkrankungen**
 - Autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen (wie Rheumatoide Arthritis), Arthrose, Chronische Knochenerkrankungen (wie Osteoporose), Arthropathie, Kollagenosen wie Lupus erythematodes, Vaskulitiden (wie Riesenzellerarthritis)
 - Chronische Lungenerkrankungen**
 - Mukoviszidose, Asthma, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Lungenemphysem, Lungenfibrose, Trachealstenose, respiratorische Insuffizienz, Tuberkulose, Bronchiektasie, Pneumokoniosen
 - Neurologische Erkrankungen**
 - Epilepsie, multiple Sklerose, Schlaganfall, Morbus Parkinson, Poliomyelitis, Enzephalitis, Systematrophien, degenerative und demyelinisierende Erkrankung des Zentralnervensystems, Polyneuropathien



Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name

Vorname

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG (im Folgenden als „Versicherer“ oder „Versicherung“ bezeichnet), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50962 Köln oder per E-Mail an info@axa.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach §203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir, der Versicherer, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach §203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach §203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.



Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen, im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Datenweitergabe an Auskunfteien

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten förderlich, sodass wir auf Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung entsprechende Daten übermitteln, unabhängig von einem konkreten Vertrags- oder Leistungsvorgang.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen

Bitte überprüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf den nachfolgenden Seiten des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.**

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Allgemeine Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie auf den nachfolgenden Seiten in dem Abschnitt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“.

Datum, Unterschriften

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | | |

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

Unterschrift Antragsteller/-in, Versicherungsnehmer/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter

X

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 16)

X

und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen

X

X



Wichtige Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Sondervertrag

Sofern auf Seite 1 des Antrages eine Sondervertragsnummer (SVNR) eingetragen wurde, handelt es sich bei diesem Antrag um eine Anmeldung zum entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag bzw. einen Antrag zum Empfehlungsvertrag für eine private Krankenversicherung des Geschäftsbereichs Firmen-, Verbände- und Spezialgeschäft. Die Sonderkonditionen des jeweiligen Gruppen- bzw. Empfehlungsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des entsprechenden Sondervertrages zugehörig sind.

Scheiden Sie aus dem versicherbaren Personenkreis aus oder wird der entsprechende Sondervertrag von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht, den Krankenversicherungsvertrag zu normalen Konditionen fortzuführen.

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten *, Lebenspartner *, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftsähnlichen Gemeinschaft ****, Geschwister **,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte ****,
5. Verwandte und Verschwägte gerader Linie */ **,
6. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister */ **,
7. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner */ **,
8. Kinder der Geschwister **,
9. Geschwister der Eltern **,
10. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder) ***.

* auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht

** auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist

*** auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind

**** Für die beiden Personenkreise „Verlobte“ und „eheähnliche oder lebenspartner-ähnliche Gemeinschaft“ empfehlen wir, einen eigenständigen Antrag mit den versicherten Personen als jeweiligen Versicherungsnehmer zu stellen, um eine Steuerfreiheit dauerhaft sicherzustellen.

Hinweis zur Werbung

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, E-Mail: info@axa.de.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z. B. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, Bevollmächtigte, abweichende Leistungsempfänger etc.) weitergeben. Die aktuelle Version dieser Informationen finden Sie unter www.axa.de/datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

AXA Krankenversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Telefon: 0221/148 41002, E-Mail service@axa.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter den oben genannten Kontaktdaten mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datschutz@axa.de

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertrags-gesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personen-bezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.axa.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zu stande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer AXA-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke und die Schadenbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Softwaretests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich) sowie zur Bekämpfung von Datenmissbrauch,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch und auf mögliche Regressansprüche hinweisen können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten, unserer Beratungspflicht, in unseren internen Kontrollsystemen, zur Wirtschafts- und Steuerprüfung durch unabhängige Berater, Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung oder zur Beantwortung von Anfragen von Behörden oder anderer öffentlicher Stellen wie z. B. Gerichte. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO. Soweit in diesem Zusammenhang besondere Kategorien von Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO verarbeitet werden, dient hinsichtlich der Verarbeitung der Gesundheitsdaten Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g oder f DSGVO.

Soweit es für den jeweiligen Zweck ausreichend und rechtlich zulässig ist, pseudonymisieren und/oder anonymisieren wir Ihre personenbezogenen Daten. Eine Anonymisierung von personenbezogenen Daten findet insbesondere statt:

- für statistische Auswertungen und Auswertungen zur Geschäftssteuerung,
- für die Optimierung und Prüfung von softwaregestützten Datenverarbeitungen einschließlich technischer Fehlerbehebung,
- als Verfahren für die Löschung personenbezogener Daten, um unsere datenschutzrechtlichen Löschpflichten zu erfüllen;
- für die Durchführung von Hard- und/oder Softwaretests sowie fachlichen Abnahmetests und
- für die Zurverfügungstellung an unsere Dienstleister, Verbände und Forschungszentren

Abhängig von den oben genannten Zwecken ist die Rechtsgrundlage für die Pseudonymisierung bzw. Anonymisierung regelmäßig unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO), die Umsetzung einer gesetzlichen Verpflichtung (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) oder die Erfüllung des Vertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Im Falle einer zweckändernden Nutzung stellen wir sicher, dass die Anonymisierung mit dem ursprünglichen Zweck der Datenverarbeitung vereinbar und zulässig ist (Art. 6 Abs. 4 DSGVO i. V. m. der ursprünglichen Rechtsgrundlage). Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Für die Pseudonymisierung und/oder Anonymisierung besonderer Kategorien personenbezogener Daten dienen als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u. a. auf unserer Webseite (www.axa.de/datenschutz) zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Vermittler:in

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem/einer Vermittler:in betreut werden, werden dort die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten verarbeitet. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten, soweit die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt werden.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/ Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.



Externe Auftragnehmer und Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.axa.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten, z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden. Sind Sie in einem Versicherungsvertrag nicht selbst Versicherungsnehmer, sondern mitversicherte Person, ist es in bestimmten Einzelfällen erforderlich, Ihre personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer zu übermitteln. Hierzu gehören beispielsweise die geschätzten Kosten einer bestimmten Heilbehandlung. Als Rechtsgrundlage für die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Versicherungsnehmer dienen Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO, letzterer verbunden mit der gesetzlichen Vorgabe z.B. § 192 Abs. 8 S. 1 VVG.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten, mit dem von Ihnen im Antrag benannten, früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA und bei der Creditreform-Auskunftei, Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes). Nähere Informationen können online unter www.schufa.de/datenschutz bzw. online unter www.creditreform.de/koeln/datenschutz eingesehen werden.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie bei uns als Versicherer an. Hierbei teilt er uns Angaben wie z.B. Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Wo führen wir Scoring und Profiling außerhalb von Bonitätsprüfungen durch?

Sowohl bei der Antragstellung als auch bei der Durchführung Ihres Vertrages nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Analyse (z.B. von erforderlichen Beitragsanpassungen, für Angebote bestimmter gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen) und Erstellung eines konkreten Risikoprofils, in Einzelfällen auch zur Erstellung von Wahrscheinlichkeitswerten (sog. Scores). Die Analyse erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtung oder verfolgt den Zweck, unsere Produkte für Sie zu optimieren und im Einzelfall kostengünstiger für Sie anbieten zu können. Als Rechtsgrundlage für die Profilbildung und Scoreermittlung dienen Art. 6 Abs. 1 lit. b, c und f DSGVO. Die AXA verfolgt als berechtigtes Interesse das Ziel Risiken zu vermindern, Produkte zu optimieren und möglichst individuelle Angebote und Ergänzungsangebote für Sie zur Verfügung zu stellen. Soweit wir zu diesem Zwecke Ihre Gesundheitsdaten verarbeiten, dienen als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen hinsichtlich der Ermittlung geeigneter Angebote zur Gesundheitsvorsorge Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden die eingereichten Belege anhand von vorher festgelegten Regeln geprüft. Einzelheiten über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung hängen vom konkreten Einzelfall ab. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Als Rechtsgrundlage für die Durchführung automatisierter Einzelfallentscheidungen dienen Art. 13 Code of Conduct der Versicherungswirtschaft i.V.m. Art. 40 DS-GVO, § 37 BDSG sowie Art. 6 Abs. 1 lit. b und f bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den/die Kontoinhaber/-in, die IBAN, die BIC und die Bankverbindung mit.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012

USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungsnummern: 810/V90810030208

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;

Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender; Irina Buchmann,

Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Kayum Guerrero, Daniela-Carina Pohl.



Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme nochmals in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. **Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!** Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag – mit Ausnahme einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt – unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Leistungsausschluss enthalten, erlischt für die ausgeschlossenen Umstände rückwirkend der Versicherungsschutz.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d. h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.





Übersicht der Dienstleister im AXA Konzern

Stand 01.10.2025

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen

<ul style="list-style-type: none"> – AXA Customer Care GmbH – AXA easy Versicherung AG – AXA Direktberatung GmbH – AXA Konzern AG – AXA Krankenversicherung AG – AXA Lebensversicherung AG – AXA Versicherung AG 	<ul style="list-style-type: none"> – AXA Services & Direct Solutions GmbH – AGER Lebensversicherung AG – Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG – Deutsche Ärzteversicherung AG – E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG 	<ul style="list-style-type: none"> – Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung – ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG – winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dienstleister, deren Hauptgegenstand des Auftrags die Datenverarbeitung ist (Einzelnennung)

Alle Konzerngesellschaften	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung
AXA Group Operations Germany GmbH	Betrieb des Rechenzentrums
AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen
AXA Konzern AG	Bearbeitung von Anträgen, Verträgen, Leistungen und Regressen, Betreuung der Vermittler:innen
AXA Logistik & Service GmbH	Bearbeitung von Post, Anträgen, Verträgen und Leistungen
AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/Bearbeitung von Vorgängen
GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittler:innen und Dienstleister:innen
GIE AXA	Hosting, Datenselektionen
unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb von Online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)

AXA Krankenversicherung AG inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten
MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Bearbeitung von Leistungen aus Auslandsreisekrankenversicherungen
ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement
HMM Deutschland GmbH	Prüfung von Leistungen
ViaMed GmbH	Prüfung von Leistungen

AXA Lebensversicherung AG inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Verisk Med GmbH	Anforderung medizinischer Auskünfte
Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolizen
SP Consult AG	Bearbeitung von Anträgen und Leistungen, Verwaltung von Beständen





AXA Versicherung AG inkl. DBV Deutsche Beamtenversicherung Zweigniederlassung/Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Zweigniederlassung/AXA easy Versicherung AG

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Verisk Med GmbH	Telefonischer Kundendienst
April Deutschland AG	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Inhaber:in von Kreditkarten, Verwaltung von Beständen, Bearbeitung von Leistungen für KFZ-Versicherungen von Mietwagen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden
Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen
ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen
Versicherungsforen medi-part GmbH	Bearbeitung von Leistungen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder die Dienstleistung durch viele verschiedene Dienstleister erfolgt

Alle Konzerngesellschaften

Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Adressermittler:in	Prüfung von Adressen
Aktenlager	Lagerung von Akten
Assekuradeure	Assekuradeurdienstleistungen
Assisteure	Assistanceleistungen
Ermittler:in/Unfallanalytiker:in	Betrugsabwehr
Entsorgungsunternehmen	Beseitigung von Abfällen
Gutachter:in/med. Expert:in/Berater:in	Prüfung von Anträgen, Leistungen, Regressen, Beratung
Inkassounternehmen/ Auskunftfeien	Bearbeitung von Forderungen, Existenznachweis, Bonitätsauskünfte, Hinweis- und Informationssystem („HIS“)
IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung von Systemen/Anwendungen/Onlineservices
Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Analysen der Kundenzufriedenheit
Rechtsanwaltskanzleien	Einzug von Forderungen, Rechtsstreitigkeiten, Beschaffung von Ermittlungsakten, sonstige Rechtsdienstleistungen
Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement
Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Reparatur von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen
Routenplaner:in	Schadenbearbeitung/Terminplanung
Rückversicherer	Monitoring
Service-Gesellschaften	Bearbeitung von Leistungen und Beständen im Massengeschäft (techn. Versicherungen)
Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in besonderen Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung
Vermittler:in	Bearbeitung von Anträgen, Leistungen und Schäden, Beratung

AXA Krankenversicherung AG

Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln

Eine aktuelle Version dieser Übersicht der Dienstleister finden Sie im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie sich mit einem Widerspruch an uns wenden.



Antwort

AXA Konzern AG
SEPA-Lastschriftmandat
Postfach 92 01 13
51151 Köln





Bitte in Blockschrift ausfüllen

Persönliche Angaben	<input type="checkbox"/> Herr	Versicherungsnehmer, Name	<input type="checkbox"/> Herr	Vermittler, Name
	<input type="checkbox"/> Frau	_____	<input type="checkbox"/> Frau	_____
	Vorname _____		Vorname _____	
	Straße, Haus-Nr. _____		Straße, Haus-Nr. _____	
	Postleitzahl _____	Wohnort _____	Postleitzahl _____	Wohnort _____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	Orga-Nr.	_____
	_____	_____	_____	_____

Ort/Tag der Beratung	<input type="checkbox"/> Büro des Betreuers	<input type="checkbox"/> Telefonisch	Tag der Beratung (Tag/Monat/Jahr)
	<input type="checkbox"/> Wohnung/Betrieb des Kunden	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	_____

Zusätzliche Gesprächsteilnehmer	Gesprächsanlass
_____	_____
_____	_____

Vielen Dank für das Vertrauen, welches Sie mir und der AXA (im Folgenden als „Versicherung“ oder „Versicherer“ bezeichnet) in unserem heutigen Gespräch entgegengebracht haben. Sie wünschten ausschließlich eine Beratung zum im Antrag genannten Versicherungsschutz.

Vorhandener Absicherungsumfang		Versicherte Person 1 (siehe Antrag)		Versicherte Person 2 (siehe Antrag)
	Haben Sie eine private Krankenversicherung? (auch Zusatzversicherung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kundenwünsche	Wünschen Sie eine Absicherung			
	bei ambulanter Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bei stationärer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bei zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bei Behandlung durch Heilpraktiker?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bei Verdienstausschluss im Krankheitsfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	des Pflegefall-Risikos?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bei akuter Erkrankung im Ausland?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweise zum empfohlenen Versicherungsschutz	Versicherungsschutz mit unterschiedlichen Leistungsinhalten wurde vorgestellt, insbesondere wurde der Versicherungsschutz im Einzelnen erläutert und auf eventuelle Leistungsbegrenzungen (z. B. Einschluss eines Selbstbehaltes, Wartezeiten, maximal versicherbare Krankentagegeldhöhe), sowie auf Tarife für spezielle Zielgruppen (z. B. Beamte, Heilberufe) hingewiesen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Es wurde darauf hingewiesen, dass bei einem späteren Wechsel in höherwertigen Versicherungsschutz hinsichtlich der Mehrleistung eine Risikoprüfung erfolgt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Auf die Möglichkeit, dass die AXA bei erheblichen Veränderungen der Leistungsausgaben sowie der Sterbewahrscheinlichkeit, den Versicherungsbeitrag in Abstimmung mit dem Treuhänder, den gesetzlichen Vorgaben entsprechend anpassen muss, wurde hingewiesen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Über die Mindestlaufzeit des Vertrages/der Verträge wurde informiert. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass insbesondere in den beantragten Tarifen Krankenhaus Premium und Krankenhaus Premium Plus eine Mindestlaufzeit von zwei Jahren ab Versicherungsbeginn gilt, wenn innerhalb dieser zwei Jahre ein Leistungsfall eintreten sollte.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Der Umfang und die Dauer des Versicherungsschutzes im Ausland wurden erläutert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Es wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere in den beantragten Tarifen Krankenhaus easy, Krankenhaus Premium, DENT, DENT Inlay, DENT Smile, Dent Komfort-U, Dent Premium-U und Krankengeld easy keine Alterungsrückstellungen gebildet werden und die Beiträge daher planmäßig bei Erreichen bestimmter Lebensalter steigen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Es wurde darauf hingewiesen, dass für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, nicht geleistet wird. Es wurde weiter darauf hingewiesen, dass dies in dem beantragten Tarif Krankenhaus easy dann der Fall ist, wenn in den letzten 24 Monaten vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlung zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Es wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere in dem beantragten Tarif Krankengeld easy in den Monaten vier bis zwölf die Leistungen auf max. 60 Tage begrenzt sind.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Es wurde darauf hingewiesen, dass für eine Arbeitsunfähigkeit, welche bereits bei Vertragsschluss vorliegt, kein Versicherungsschutz besteht. Gleiches gilt für eine Arbeitsunfähigkeit, die erst nach Vertragsschluss eintritt, aber in den 6 Monaten vor Beantragung schon einmal wegen der gleichen Krankheit bestanden hat.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Auf die unter Umständen gravierende Lücke zwischen den Kosten im Pflegefall und den Leistungen der Pflegepflichtversicherung wurde hingewiesen. Über die Möglichkeit, diese durch Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zu vermindern oder zu schließen, wurde informiert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Auf die geförderte ergänzende Pflegeversicherung wurde hingewiesen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Begründung der Empfehlung (Produkt/wesentliche Eckdaten)			

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des Vermittlers verzichtet der Versicherungsnehmers auf:				

Im Übrigen gelten die Angaben des Versicherungsnehmers im Antrag. Darüber hinaus bestätigen Vermittler und Antragsteller/Versicherungsnehmer ausdrücklich, dass hinsichtlich sämtlicher, im Originalantrag vorgegebener Erklärungen keine Veränderungen vorgenommen wurden. Die Beratungsdokumentation wird zusammen mit dem Versicherungsantrag an die Versicherung zum Zweck der Archivierung und Bearbeitung von Beanstandungen übermittelt.

Es wird bestätigt, dass das Beratungsprotokoll in Deutschland unterschrieben wurde

Datum, Unterschriften Datum (Tag/Monat/Jahr) _____

Unterschrift Vermittler/-in

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in



X

X

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen.

- ✓ 80% für ambulante Behandlung, maximal 2.000 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren, für
 - Heilpraktiker,
 - privatärztliche Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“,
 - verordnete Arzneimittel, sowie Zuzahlungen,
 - Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.
- ✓ 100% für Sehhilfen, maximal 300 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.
- ✓ 100% für Laser-OP zur Sehschärfekorrektur, maximal 1.000 Euro. Erneuter Anspruch besteht nach 5 Jahren und nur zweimal innerhalb der Vertragslaufzeit.
- ✓ 80% für Hörhilfen, maximal 500 Euro innerhalb von 5 Versicherungsjahren.
- ✓ Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder in den ersten 4 Monaten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten für stationäre Heilbehandlung
- ✗ Krankheitskosten für zahnärztliche Behandlung
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Leistungen für Entbindung innerhalb der Wartezeit von 8 Monaten und übrige Leistungen innerhalb der Wartezeit von 3 Monaten.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! Die Leistungen für Laser-OP sind in den ersten 3 Jahren auf bestimmte Beträge begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.
- ✓ Darüber hinaus haben Sie bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

– Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich askuriert haben.

– Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Heilfürsorge ausscheidet. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

– Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.



Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

MED (EG080-U*)

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen.

- ✓ 80% für ambulante Behandlung, maximal 500 Euro je Versicherungsjahr, für
 - Heilpraktiker,
 - privatärztliche Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, verordnete Arzneimittel, sowie Zuzahlungen.
- ✓ 80% für Sehhilfen, maximal 130 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Ausland (für Reisen bis zu 42 Tagen):

- ✓ 100% für unvorhersehbare ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland einschließlich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.
- ✓ 100% für schmerzstillende Zahnbehandlung.
- ✓ 100% für Rücktransport in Abstimmung mit dem Versicherer.
- ✓ Überführung bis 5.000 Euro innerhalb Europas, sonst 10.000 Euro.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten für stationäre Heilbehandlung
- ✗ Krankheitskosten für zahnärztliche Behandlung
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Im Regelfall Behandlungen während des Auslandsaufenthaltes, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten und solche Behandlungen, zu deren Zweck die Reise angetreten wurde.
- ! Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie während eines Auslandsaufenthaltes.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.
- ✓ Darüber hinaus haben Sie bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

– Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben.

– Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn eine versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Heilfürsorge ausscheidet. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

– Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.



* Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung „A“ hinter der Tarifbezeichnung: EG080-UA.

Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10 – 20, 51067 Köln, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie auf dem Anschreiben zu unserem Angebot, dem Vorschlag oder dem Ihnen ausgehändigten Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

- a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages
Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.
- b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes
Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.
- c) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern die AXA Krankenversicherung AG die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der vollständigen Vertragsunterlagen ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z. B. E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln, E-Mail: info@axa.de

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet: Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/360 der im Angebot/Vorschlag oder der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie bzw. 1/180 der im Angebot/Vorschlag oder der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie bzw. 1/90 der im Angebot/Vorschlag oder der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie bzw. 1/30 der im Angebot/Vorschlag oder der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie.

Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Angaben zum Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Antrag.

Angaben zu Laufzeit und Ende des Versicherungsschutzes sowie der Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten oder den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Angaben zu Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgendes gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

8. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu zahlenden Beiträge für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Antrag. Diese gelten vorbehaltlich der Risikoprüfung.

9. Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren.

10. Beendigung des Vertrages

Die AXA Krankenversicherung AG verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Sie können einen Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber nach Ablauf einer ggfls. vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer kündigen.

Weitere bzw. abweichende Möglichkeiten zur Kündigung Ihres Versicherungsvertrages sowie sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

11. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

12. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

13. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0221 148-41 000.

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann (www.pkv-ombudsmann.de) anzurufen. In einer Gruppenversicherung versicherte Personen können ebenfalls Anträge in Bezug auf diese Gruppenversicherung stellen. Näheres regelt das Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung, das im Internet unter www.pkv-ombudsmann.de abrufbar ist. Die Empfehlungen des Ombudsmanns haben für beide Seiten unverbindlichen Charakter. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:



Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefax: 030 20 45 89 31
E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Schlichtungsantrag ist in Textform (z. B. mittels Brief, Telefax, E-Mail oder auch über den unter www.pkv-ombudsmann.de verfügbaren Schlichtungsantrag) einzureichen.

Der Antrag soll eine kurze Schilderung des Sachverhalts und die für die Bearbeitung notwendigen ergänzenden Unterlagen enthalten. Mündliche Anträge werden grundsätzlich nicht entgegen genommen. Die Verfahrenssprache ist deutsch.

Der Ombudsmann lehnt die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens insbesondere ab, wenn der streitige Anspruch nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht wurde oder der Gegenstand der Streitigkeit eine Bagatellsache (Streitwert bis zu 50 Euro) darstellt.

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
www.bafin.de

- c) Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Vertragsgrundlage 001 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- versicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes
der privaten Krankenversicherung
(MB/KK 2009) §§ 1 – 20

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012) Nr. 1 – 58

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden – soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der TB 2012 nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden – bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

Nr. 3 Sonstige Versicherungsfälle

Als Versicherungsfall gilt auch die Behandlung wegen eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination), soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind. Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Nr. 4 Vorsorgeuntersuchungen

Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Nr. 5 Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU) und dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR, in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 57 Abs. 2 TB 2012). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 6 Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten in einer Krankheitskostenversicherung beim Versicherer auch auf das außereuropäische Ausland; für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb EU/EWR besteht unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer über eine Postanschrift in Deutschland sowie eine deutsche Kontoverbindung verfügt, weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht.

- a) Während der ersten 6 Monate besteht der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung.

b) Bei einem Aufenthalt über 6 Monate hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 57 Abs. 2 TB 2012). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(2) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 57 Abs. 1 TB 2012 entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Abs. 1 oder 2 zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(4) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 b) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

(5) Ein gemäß Abs. 2 vereinbarter Beitragszuschlag entfällt mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Bei Rückkehr in die EU oder den EWR kann unter den in Nr. 5 TB 2012 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden.



(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG –siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Nr. 7a Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 7b Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtenregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 7c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

Bei der Kindernachversicherung gilt Nr. 6 Abs. 1 Satz 1 nicht, sofern der bei uns versicherte Elternteil bereits einen Anspruch auf uneingeschränkten Versicherungsschutz außerhalb EU/EWR hat. Im Übrigen bleibt Nr. 6 unberührt.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen,

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 8 Wartezeitverzicht

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Nr. 9 Medizinische Versorgungszentren

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte (oder Zahnärzte) gewählt werden, die die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

Nr. 10 Leistungserbringer im Gesundheitswesen

(1) Erstattungsfähig sind auch Leistungen von freiberuflichen Hebammen, Entbindungspflegern sowie von liquidationsberechtigten Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

(2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den ärztlichen Psychotherapeuten sowie den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 11 Sozialpädiatrie und Frühförderung

(1) Aus der Versicherung eines Kindes sind Aufwendungen für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung und/oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern vereinbart hat, erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als Kostenträger.

(2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für heilpädagogische Maßnahmen.

Nr. 12 Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind auch ambulante Operationen.



Nr. 13 Häusliche Krankenpflege

(1) Krankenhausvermeidungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch Pflegekräfte, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Leistungen in diesem Sinne sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI nicht erstattungsfähig.

Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

■ Für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung gilt:

Vergütungen bis max. 50 Euro täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall sind erstattungsfähig.

■ Für die Behandlungspflege gilt:

Hat der Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen, sind die Kosten in dieser Höhe erstattungsfähig. Ist die Leistung nicht Inhalt des Versorgungsvertrages mit einer gesetzlichen Krankenversicherung oder besteht keiner, werden die Kosten entsprechend der Leistungsübersicht für Behandlungspflege angesetzt.

Die Kosten werden für höchstens 28 Tage je Versicherungsfall erstattet.

(2) Sicherungspflege

Eine Behandlungspflege, die zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt, ist nur erstattungsfähig, soweit diese Maßnahmen nicht durch eine im Haushalt lebende Person bzw. private Pflegeperson sichergestellt werden kann und die Leistungen durch Pflegefachkräfte erbracht werden.

Hat der Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen, sind die Kosten in dieser Höhe erstattungsfähig. Ist die Leistung nicht Inhalt des Versorgungsvertrages oder besteht keiner, werden die Kosten entsprechend der Leistungsübersicht für Behandlungspflege angesetzt. Grundpflege und häusliche Versorgung sind nicht erstattungsfähig.

Bei den Leistungen der Beatmungspflege wird der festgestellte Pflegeaufwand in Minuten zu 100 % angerechnet.

(3) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der vertraglichen Leistungsübersicht Behandlungspflege genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10 % von den letztgültigen Höchstpreisen der Leistungsübersicht ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Leistungsübersicht im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

(2) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Voraussetzung ist, dass die Verordnung auch Angaben zu der voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält. Erfolgt die Verordnung durch Krankenhausärzte, darf sie 7 Tage nicht überschreiten.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

a) von Ärzten im Rahmen der GOÄ und

b) von Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend der Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat, anerkannt.

(5) Leistungen einer Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

(6) Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob nicht eine anderweitige ambulante Versorgung ausreichend ist.

Nr. 15 Soziotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie (ambulante Betreuung (chronisch) psychisch erkrankter Menschen), wenn

a) die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und

b) dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder in vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf Soziotherapie. Während einer stationären Krankenhausbehandlung oder während der Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz besteht ebenfalls kein Anspruch auf Soziotherapie.

(2) Voraussetzung ist die Vorlage einer Verordnung und eines Behandlungsplanes durch einen Arzt für Psychotherapie.

(3) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

(4) Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Wird die Soziotherapie durch eine Fachkraft erbracht, wird für eine Einzeltherapie (Dauer 60 Minuten) maximal ein Rechnungsbetrag in Höhe von 39,50 Euro anerkannt. Bei einer Gruppentherapie (Dauer 60 Minuten) beträgt der maximal anzuerkennende Rechnungsbetrag 20 Euro (bei 2–3 Teilnehmern) bzw. 17 Euro (bei 4–6 Teilnehmern).

(5) Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise die genannten Geldbeträge anzupassen.

Nr. 16 Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage Aufwendungen für eine Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen

a) Krankenhausbehandlung,

b) Anschlussheilbehandlung,

c) Schwangerschaft und Entbindung,

d) häuslicher Behandlungspflege.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

(3) Der Anspruch besteht für höchstens 14 Tage je Versicherungsfall und ist auf 50 Euro/Tag begrenzt.

Nr. 17 Künstliche Befruchtung

Soweit tariflich vorgesehen, sind Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern, künstliche Befruchtung/Insemination unter der Voraussetzung erstattungsfähig, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
 - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,
 - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
 - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15 %) besteht.
- Ein Leistungsanspruch besteht für
- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
 - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
 - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).

Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger einschließlich der Beihilfe oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.



Nr. 18 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen sowie die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 19 Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

- (1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.
- (2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10 % von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 20 Gebühren bei Behandlung im Ausland

Die Nummern 18 und 19 TB 2012 gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Nr. 21 Bezug von Arzneimitteln

Die Arzneimittel müssen aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nr. 22 Definitionen

- (1) Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten insbesondere auch nicht:

- Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer), es sei denn, es liegt eine Grunderkrankung vor
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts, Abführmittel,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate mit Ausnahme von Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze sowie Mineralwässer, auch wenn sie von einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen verordnet sind.

Nach ärztlicher Verordnung sind die Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft ein Schwangerschaftsgymnastik- sowie ein Rückbildungsgymnastikkurs sowie die Kosten des Geburtsvorbereitungskurses bis zum 2,0-fachen Erstattungssatz im Rahmen der HebGV erstattungsfähig.

(3) Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, Geräte die am Patienten für therapeutische Zwecke angewendet werden (Therapiegeräte) sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Hierzu zählen nicht Pflegehilfsmittel, die dem Bereich der Pflegeversicherung zuzuordnen sind.

a) Erstattungsfähig sind folgende Hilfsmittel:

1. Sehhilfen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450 Euro), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450 Euro pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
 2. Orthopädische Hilfsmittel; z. B. orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist; Orthesen, Bandagen;
 3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Alopezie totalis, Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
 4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör;
 5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte;
 6. Überwachungsmonitore (z. B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu- Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettnässertherapiegerät (bis max. 120 Euro);
 7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes;
 8. Bewegungsschienen (max. 600 Euro pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (bis max. 150 Euro pro Gerät);
 9. Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen erforderlich ist.
- b) Weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktionseller Standardausführung übernommen.
- c) Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel nach a) und b) sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch.
- d) Leistungen anderer Kostenträger werden auf unsere Leistungen angerechnet.
- e) Ausgeschlossen sind Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Matratzen, Autositze) sowie die Unterhalts- bzw. Betriebskosten für Hilfsmittel wie z. B. Strom oder Batterien.
- f) Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.



(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

(5) Für Erst- und Folgeschulungen erstattet der Versicherer bei einer ärztlich bestätigten Erkrankung, wie zum Beispiel Diabetes und Asthma, die Aufwendungen, die gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hierfür abrechnungsfähig sind.

(6) Für Organtransplantationen/Knochenmarkspenden leistet der Versicherer im Rahmen der jeweils geltenden Selbstverpflichtungserklärung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen, sofern für die versicherte Person eine aktive Krankenvollversicherung besteht.

Nr. 22a Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, sofern diese tariflich vereinbart sind und

a) es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und

b) die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und

c) diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und

d) diese von Ärzten, Zahnärzten, ärztlichen Psychotherapeuten, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktikern verordnet werden.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Anwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. 1 a), b) und d) erfüllen und nur deshalb nicht im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stehen, da ihre Risikoklasse diejenige nach § 33a SGB V übersteigt.

(2) Vereinbarungen über Vergütungsbeträge

a) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, so sind die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Sind höhere Aufwendungen erforderlich, weil die Anwendungen über Dritte bezogen werden, so sind die für diese zusätzlichen Aufwendungen zu zahlenden Erstattungen auf max. 30 % der Vergütung nach Satz 1 begrenzt.

b) Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 134 SGB V verlangen kann. Im Übrigen gilt Abs. 2 a) Satz 2 entsprechend.

c) In allen anderen Fällen ist der tatsächliche Vergütungsbetrag erstattungsfähig.

d) Unbeschadet der Regelungen in Abs. 2 a) bis c) ist der Versicherer berechtigt, die digitale Gesundheitsanwendung selbst zur Verfügung zu stellen. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über den Versicherer zu beziehen.

(3) Keine Erstattungspflicht besteht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen entstehen (z. B. Anschaffungskosten für Smartphone, PC; Unterhaltskosten wie etwa Stromkosten, Batterien).

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nr. 23 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Privatkliniken

Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten.

Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbare Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. 2.

Nr. 24 Besondere Unterbringungsformen

(1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 25 Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvalenszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 26 Verzicht auf Zusage bei Krankenanstalten nach § 4 Abs. 5 (Gemischte Anstalten)

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

Nr. 27 Anschlussheilbehandlung (stationär)

(1) Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen/Behandlungen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen
- Bypassoperationen
- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
- Bandscheibenoperationen
- Gelenkersatzoperationen
- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
- schweren Schädel-Hirnverletzungen
- Nierentransplantation
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen.

Die Frist von 4 Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden.

(2) Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. Der Dienstherr als Beihilfetragender gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.

Nr. 28 Anschlussheilbehandlung (ambulant)

(1) Anstelle einer stationären Anschlussheilbehandlung sind Aufwendungen für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erstattungsfähig. Sie umfasst die ärztliche Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung und Ernährungsberatung.

(2) Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass

a) die ambulante Rehabilitationseinrichtung unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes steht und

b) dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfetragender gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.

(3) Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.



Nr. 29 Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung

(1) Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

(2) Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

(3) Leistungen der Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

(6) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Nr. 30 Arzneimittel der Alternativen Medizin

Im Rahmen der alternativen Medizin sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin erstattungsfähig.

Nr. 31 Beitragsrückerstattung

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

Nr. 32 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechslern

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8b MB/KK 2009).

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

Nr. 33 Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 34 Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 35 Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 36 Leistungsausschluss bei einer Straftat

Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Nr. 37 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung werden unter den unten genannten Voraussetzungen die Kosten für Entziehungs-/Entwöhnungsbehandlungen für Suchterkrankungen übernommen. Im Bereich der stationären Entwöhnung sind maximal 80 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Ein Anspruch auf etwaige versicherte Wahlleistungen oder Krankenhaustagegelder besteht für diese Behandlung nicht. Bei ambulanter Durchführung sind ebenfalls 80 % des Tagessatzes erstattungsfähig.

Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen begrenzt. Das gilt auch dann, wenn mehrere/unterschiedliche Sucharten behandelt werden.

Für Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht besteht kein Leistungsanspruch.

(2) Für eine Kostenübernahme müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Kostenübernahme wird rechtzeitig vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt und schriftlich vorher zugesagt.
- Es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.
- Es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung; der Nichtanspruch darf nicht dadurch begründet sein, dass der Versicherte Häuser/Einrichtungen aufsucht, in denen der anderweitige Anspruch dem Grunde nach nicht gegeben ist.
- Es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht.

(3) Der Versicherer kann die Einrichtung sowie die Art, den Umfang und die Dauer der Leistungen bestimmen.

(4) Keine Leistungspflicht besteht aus Zusatzтарifen für gesetzliche Versicherte und für Heilfürsorgeberechtigte.

c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 38 Kur- und Badeorte

Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.



f) –

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartner-schaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Nr. 39 Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR (siehe hierzu Nr. 5 TB 2012 bei Wohnsitznahme in der EU bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. 1 gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. 1 keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. 1 ebenfalls keine Anwendung.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 40 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Geht eine Kostenerstattung durch Dritte voraus, genügt die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sind. Die Belege aller in diesen Bedingungen genannten Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten. Ebenfalls müssen Namen und Anschrift der Leistungserbringer im Gesundheitswesen enthalten sein.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringer im Gesundheitswesens einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Leistungserbringer im Gesundheitswesen vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten.

(3) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Tag des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Nr. 41 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Nr. 42 Überweisungskosten

Kosten für eine Standardüberweisung auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Nr. 43 Beitragsfälligkeit

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

Nr. 44 Mahngebühr

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, 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.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im



Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Nr. 45 Nichtzahlung Erstbetrag

Abweichend vom folgenden § 8 Abs. 7 Satz 1 MB/KK 2009 kann der Versicherer auch bei einer Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gemäß § 37 VVG vom Vertrag zurücktreten.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

Nr. 46 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs. 6 MB/KK 2009 benannten Versicherungen das Ruhens der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AWV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

Nr. 47 Eintrittsalter

(1) Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifstufe und dem Geburtsjahr.

Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 47 Abs. 1 Satz 2 erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 48 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor (§ 8b Abs. 1 MB/KK 2009)

Der in § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 7 % und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5 %, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Nr. 49 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 50 Meldung Eintritt, Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruches

Der Eintritt, die Änderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruches sollen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Nr. 51 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.



§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 52 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 53 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

- (1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
- (2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Nr. 54 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird. (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Nr. 55 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.



§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Nr. 56 Ehescheidungen/Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Nr. 57 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 5 und 6 TB 2012 im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. 1 nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 5 und 6 TB 2012 getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

(4) Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Nr. 58 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 5 TB 2012) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2001 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provide in English to emphasize that venue in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not to be appropriate in any forum in the world other the locations set forth within this paragraph.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen des geänderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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



§ 19 Wechsel in den Standardtarif

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

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Gültig ab 11.2022

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.

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.



Vertragsgrundlage 083

Tarif MED Komfort-U

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif MED Komfort-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung endet auch die Versicherung nach Tarif MED Komfort-U.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren</p> <p>(2) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>(3) Zuzahlungen für Arznei-, Heil-, Hilfsmittel</p> <p>(4) Vorsorgeuntersuchungen/ Impfungen</p> <p>(5) Gesamtleistung für (1) bis (4)</p> <p>(6) Sehhilfen</p> <p>(7) Operation zur Sehschärfenkorrektur</p> <p>(8) Hörhilfen</p>	<p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, welche durch Ärzte durchgeführt oder verordnet werden.</p> <p>Zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen z. B. :</p> <p>Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder/Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielforsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugenduntersuchungen.</p> <p>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Mammographie, Untersuchungen zu Haut- und Prostatakrebs, inkl. PSA-Test. Hierbei müssen bestimmte Altersklassen nicht erreicht sein.</p> <p>Schwangerschaftsvorsorge, wie z. B. Nackentransparenzmessung oder zusätzliche Sonographie-Untersuchungen.</p> <p>Vorsorge bzgl. Herz-Kreislauf-System, wie z. B. Schlaganfallvorsorge, EKG oder Untersuchungen zu den Werten von Blut, Leber, Niere, Fette, Zucker.</p> <p>Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zum Auge, wie z. B. die Glaukom-Untersuchung.</p> <p>Impfungen inkl. der Impfstoffe nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts für Reise-Impfungen, sowie Grippe-schutz-Impfung.</p> <p>Die Voraussetzungen gemäß § 1 Abs. 2 b MB/KK „gesetzliche Programme“ und Nr. 22 Abs. 4 TB (Teil II der AVB) „Ständige Impfkommission (StIKo)“ sind nicht einzuhalten.</p> <p>Nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen: Gen-Tests.</p> <p>Die Leistung für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Impfungen aus dem Tarif vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- oder Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Bei Vorsorgeuntersuchungen mit einem Rechnungsbetrag ab 500 Euro empfehlen wir vorab eine Zusage seitens AXA einzuholen.</p> <p>Die Gesamtleistung von B (1) bis (4) ist auf 2.000 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.</p> <p>100 % für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel) höchstens jedoch 300 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p> <p>100 % für die erstattungsfähigen Kosten einer Operation zur Sehschärfenkorrektur mit Laser an beiden Augen bis insgesamt 1.000 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht zweimal innerhalb der gesamten Vertragslaufzeit. Zwischen den Zeitpunkten der Inanspruchnahme müssen mindestens 5 Jahre liegen. In den ersten drei Jahren sind die Leistungen begrenzt – auf 200 Euro im ersten Jahr, auf 400 Euro in den ersten beiden Jahren, und auf 600 Euro in den ersten drei Jahren.</p> <p>80 % für Hörgeräte, höchstens jedoch 500 Euro innerhalb von fünf aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p>



C. Leistungsausschlüsse/ Leistungsbegrenzungen	<p>Die Gesamtleistung aus Vorleistungsversicherung und Tarif MED Komfort-U ist beschränkt auf 100 % des Rechnungsbetrages.</p> <p>Folgende ambulante Leistungen aus Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in diesem Tarif nicht eingeschlossen: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, ambulante Anschlussheilbehandlung.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland gelten die folgenden Tarifbedingungen nicht: Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 3 TB 2012.</p>
D. Wartezeiten	<p>Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.</p> <p>Die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt acht Monate.</p>
E. Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder	<p>Für neugeborene Kinder besteht während der ersten 4 Monate nach der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ es besteht für ein Elternteil eine Versicherung nach Tarif MED Komfort-U ■ die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif MED Komfort-U erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend. <p>Die beitragsfreie Versicherung des Neugeborenen ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif MED Komfort-U die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
F. Bonifikation	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben. Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 09.2016



Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0 – 14	16,09 EUR	47	41,53 EUR
15 – 19	11,52 EUR	48	41,57 EUR
20	36,62 EUR	49	41,62 EUR
21	37,22 EUR	50	41,67 EUR
22	37,83 EUR	51	41,72 EUR
23	38,45 EUR	52	41,77 EUR
24	39,02 EUR	53	41,83 EUR
25	39,51 EUR	54	41,90 EUR
26	39,93 EUR	55	41,97 EUR
27	40,28 EUR	56	42,04 EUR
28	40,40 EUR	57	42,12 EUR
29	40,52 EUR	58	42,21 EUR
30	40,66 EUR	59	42,31 EUR
31	40,80 EUR	60	42,41 EUR
32	40,85 EUR	61	42,50 EUR
33	40,87 EUR	62	42,60 EUR
34	40,89 EUR	63	42,70 EUR
35	40,95 EUR	64	42,81 EUR
36	41,00 EUR	65	41,92 EUR
37	41,05 EUR	66	42,03 EUR
38	41,10 EUR	67	42,13 EUR
39	41,15 EUR	68	42,24 EUR
40	41,21 EUR	69	42,36 EUR
41	41,25 EUR	70	42,48 EUR
42	41,29 EUR	71	42,59 EUR
43	41,34 EUR	72	42,70 EUR
44	41,39 EUR	73	42,82 EUR
45	41,44 EUR	74	42,94 EUR
46	41,48 EUR	75	43,07 EUR



Vertragsgrundlage 077

Tarif MED (EG 080-U)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

A. Versicherungsfähigkeit	Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange eine Vorleistungsversicherung besteht. Als Vorleistungsversicherung gilt die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Wegfall der Vorleistungsversicherung endet die Versicherung nach Tarif MED (EG080-U).
B. Leistungen des Versicherers (1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren (2) Arznei- und Verbandmittel	<p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel</p> <p>80 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p>
(3) Gesamtleistung für (1) bis (2) (4) Sehhilfen	Die Gesamtleistung nach B1 und B2 ist auf 500,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt. 80 % für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel) höchstens jedoch 130,- Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.
C. Leistungsausschlüsse/ Leistungsbegrenzungen	Die Gesamtleistung aus Vorleistungsversicherung und Tarif ist beschränkt auf 100% des Rechnungsbetrages. Die folgenden ambulanten Leistungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in Ihrer Zusatzversicherung nicht eingeschlossen: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Häusliche Krankenpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, ambulante Anschlussheilbehandlung. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland gelten die folgenden Tarifbedingungen nicht: Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 3 TB2012.
D. Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland	Abweichend von § 1 Abs. 2 a) und b) und Nr. 2 und 3 TB 2012 gilt bei Reisen ins Ausland als Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.



(1) Leistung des Versicherers bei Reisen ins Ausland

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen oder der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Heilfürsorge verbliebenen Restkosten für unvorhersehbar eintretende Versicherungsfälle für

I.

1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert;
2. Arznei- und Verbandmittel;
3. folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/ Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung.
4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik;
5. Krankenhausbehandlung;
6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;
7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen.

II.

Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100%, sofern

1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und
2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte.

Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn

- die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder
- die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen.

Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät. Wird der Rücktransport nicht vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert, so gelten folgende Höchstbeträge:

- innerhalb Europas max. 5.000,- Euro, außerhalb Europas max. 10.000,- Euro

III.

Darüber hinaus erstatten wir für:

Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro; aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro.

Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.

IV.

Werden keine Kosten bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geltend gemacht, wird anstelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld von 30,- Euro täglich gezahlt.

V.

Der Versicherungsschutz bei Reisen ins Ausland gilt jeweils für die ersten 42 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Er endet spätestens mit Ende der Reise.

Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

(2) Leistungsausschlüsse bei Reisen ins Ausland

Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten folgende Leistungsausschlüsse:

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen inklusive Erstattung bei Früh-/Fehlgeburt notwendig ist;
- Behandlungen wegen Sterilität und künstlicher Befruchtung.



E. Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung

Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Schul- oder Berufsausbildung endet,
- b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird,
- c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.

Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.

In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB /KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 09.2016

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif MED (EG080-U) oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Rücktransport aus dem Ausland:

Bitte setzen Sie sich vor einem medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland mit dem Versicherer in Verbindung. Ohne eine Organisation des Rücktransportes durch den Versicherer sind die Kosten begrenzt:

- innerhalb Europas nur bis 5.000,- Euro
- darüber hinausgehend nur bis 10.000,- Euro

Telefon-Nummer: +49 221 148-36515



Beiträge Tarif MED (EG 080-U)

Alter	Beitrag	Beitrag (UA)	Alter	Beitrag
0 – 19	5,03 EUR	-	48	12,14 EUR
20	9,90 EUR	4,39 EUR	49	12,15 EUR
21	10,07 EUR	4,40 EUR	50	12,15 EUR
22	10,25 EUR	4,40 EUR	51	12,16 EUR
23	10,44 EUR	4,69 EUR	52	12,16 EUR
24	10,62 EUR	4,96 EUR	53	12,17 EUR
25	10,80 EUR	5,26 EUR	54	12,17 EUR
26	10,96 EUR	5,55 EUR	55	12,17 EUR
27	11,12 EUR	5,86 EUR	56	12,18 EUR
28	11,28 EUR	6,23 EUR	57	12,19 EUR
29	11,41 EUR	6,55 EUR	58	12,20 EUR
30	11,53 EUR	6,93 EUR	59	12,21 EUR
31	11,62 EUR	7,26 EUR	60	12,22 EUR
32	11,70 EUR	7,63 EUR	61	12,24 EUR
33	11,76 EUR	7,78 EUR	62	12,26 EUR
34	11,80 EUR	7,91 EUR	63	12,28 EUR
35	11,84 EUR	-	64	12,30 EUR
36	11,87 EUR	-	65	12,04 EUR
37	11,90 EUR	-	66	12,07 EUR
38	11,93 EUR	-	67	12,09 EUR
39	11,96 EUR	-	68	12,11 EUR
40	11,99 EUR	-	69	12,13 EUR
41	12,01 EUR	-	70	12,15 EUR
42	12,04 EUR	-	71	12,17 EUR
43	12,07 EUR	-	72	12,19 EUR
44	12,09 EUR	-	73	12,21 EUR
45	12,11 EUR	-	74	12,23 EUR
46	12,12 EUR	-	75	12,25 EUR
47	12,13 EUR	-		



Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrags (VVG), Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) und dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), Lebenspartnerschaftsgesetz

VVG

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er 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 Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 193 Versicherte Person

- (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.
- (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 sinn-gemäße 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 § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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.

(...)



§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

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

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsabschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsabschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 01. Juli 2009 beantragt wurde; ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

(3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196 besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(5) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.



(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt Kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(...)

VAG

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

(...)

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

(...)

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung 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 Programmen 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.

§ 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.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten 6 Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31.12.2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.



Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

