

Für strahlend schöne Zähne

Die Zusatzversicherung ZahnFlex

Das Extra für TK-Versicherte





Schon ab
8,58 Euro
monatlich



ZahnFlex – weil Sie sich mehr wünschen

Gesunde, schöne Zähne sind eine wichtige Grundlage für unser Wohlbefinden. Leider lassen sich oft selbst bei gewissenhafter Zahnpflege zahnärztliche Behandlungen nicht vermeiden. Die entstehenden Behandlungskosten werden über den gesetzlichen Festzuschuss zu einem erheblichen Anteil von der TK getragen. Wünschen Sie allerdings mehr als die Regelversorgung, wie z. B. höherwertige Materialien, so steigt Ihr Eigenanteil.

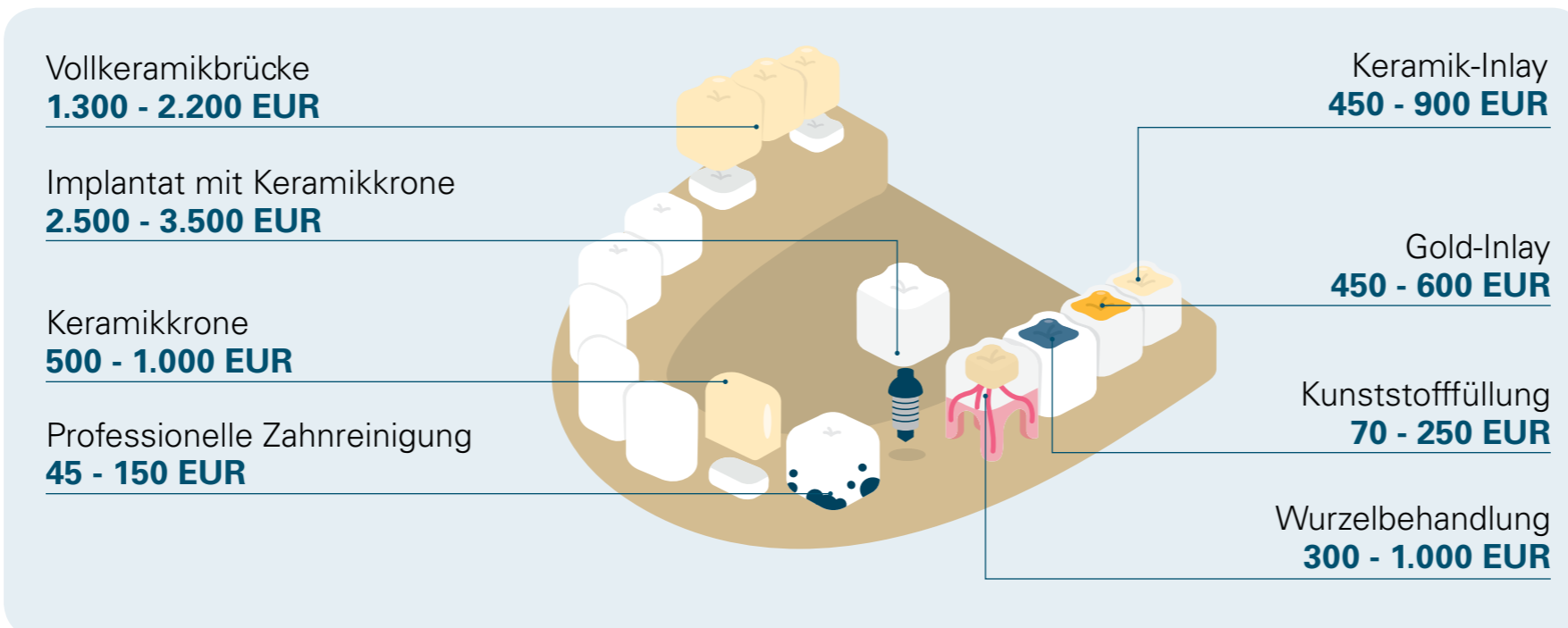
+ Ihr Plus
**Umfangreiche
Leistungen**

+ Ihr Plus
**Einfacher
Antrag**

+ Ihr Plus
**Exzellenter
Service**



Das kann Sie eine Zahnbehandlung kosten



Quelle: Envivas (Juli 2019)

Mit der ZahnFlex sichern Sie sich für diesen Fall optimal ab.

Mit ZahnFlex bleiben Sie auch bei hohen Zahnarztkosten entspannt. Die individuell wählbaren Tarifestufen von ZahnFlex ermöglichen es Ihnen, frei über Ihren jährlichen Erstattungsbetrag zu bestimmen. Für Sie bedeutet das: volle Flexibilität und bedarfsgerechte Absicherung.

[> Die Tarifestufen im ZahnFlex](#)

Das Plus für gesunde Zähne

Der Tarif ZahnFlex ergänzt die Leistungen der TK passgenau und reduziert dadurch Ihren Eigenanteil für Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe maßgeblich.



ZahnFlex

100% Erstattung
(inkl. TK-Vorleistung)*



Zahnersatz

(z. B. Brücken, Prothesen, Implantate),
Zahnkronen, Inlays



Zahnbehandlung z. B. Wurzel-
und Parodontosebehandlungen sowie
Kunststofffüllungen



Zahnprophylaxe

z. B. professionelle Zahnreinigung in
Höhe von 150 Euro pro Jahr

Wählen Sie Ihren maximalen jährlichen Erstattungsbetrag
500 EUR / 1.000 EUR / 2.000 EUR / 4.000 EUR / unbegrenzt

z. B. 8,58 EUR pro Monat

(Im ZahnFlex.S, Eintrittsalter 21 Jahre)

**> Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**

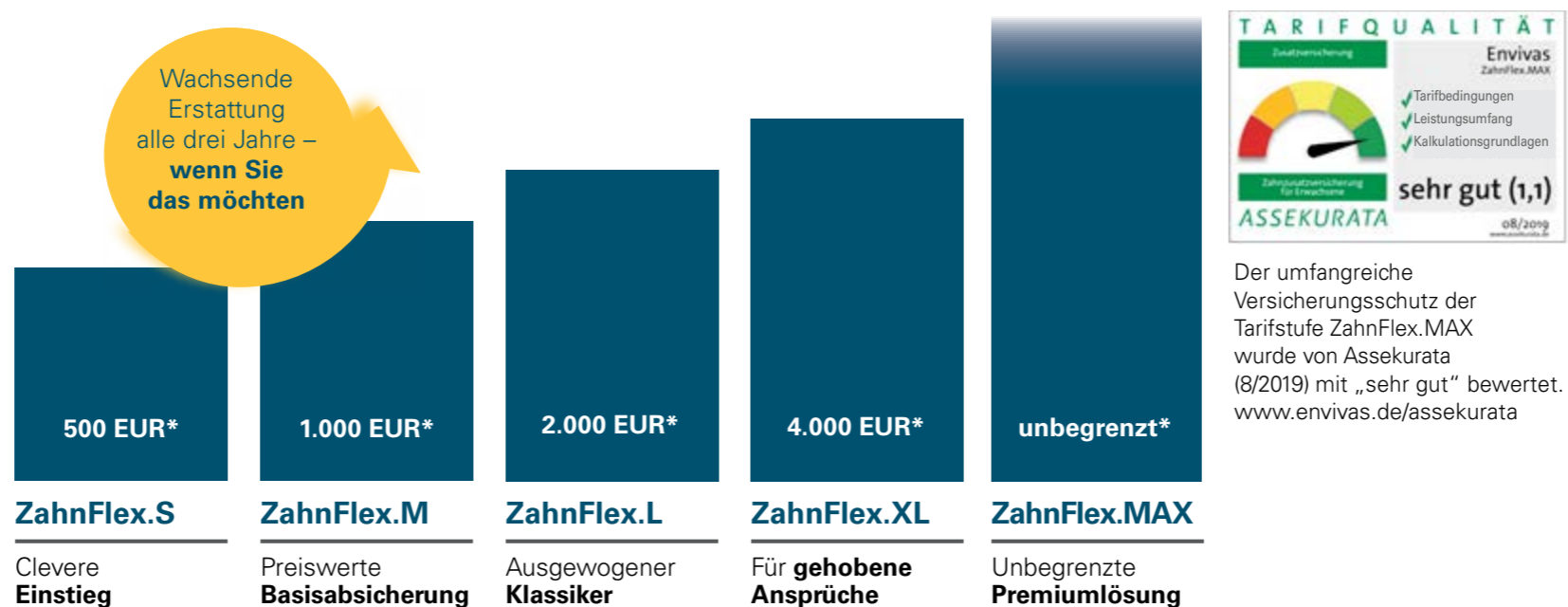
* Ohne TK-Leistung Erstattung von 50 % des Rechnungsbetrags



ZahnFlex – passend für jeden Bedarf

Mit der Wahl Ihrer Tarifstufe bestimmen Sie selbst die Höhe Ihrer maximalen jährlichen Erstattung.

Damit passen Sie den Tarif ZahnFlex an Ihren heutigen Bedarf an. Zugleich sichern Sie sich die Möglichkeit, alle 3 Jahre Ihre Erstattung zu steigern – **ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit**. So sind Sie auch vor höheren Zahnarztkosten in der Zukunft geschützt.



➤ **Persönlichen Beitrag berechnen und online beantragen**

* Jährlicher Maximalbetrag, den die Envivas pro Jahr erstattet.



100%
Leistung für
KIG 1-5*

Kinderangebot mit Kieferorthopädie

Mit der Tarifstufe **ZahnFlex.Kind**** können Sie auch Ihre Kinder gezielt absichern. Für etwa jedes zweite Kind stehen teure kieferorthopädische Behandlungen wie feste oder lose Zahnspangen an. Deshalb sind in der Kinderstufe neben Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahnprophylaxe zusätzlich kieferorthopädische Behandlungen versichert.

Mit Vollendung des 21. Lebensjahres kann Ihr Kind den Versicherungsschutz im Tarif ZahnFlex.S oder ZahnFlex.M ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit fortführen.

> Persönlichen Beitrag berechnen und online beantragen

ZahnFlex.Kind

100% Erstattung

Zahnersatz,
Zahnbehandlung,
Zahnprophylaxe



Kieferorthopädie

Ihr maximaler jährlicher Erstattungsbetrag
1.000 EUR

* Kieferorthopädische Indikationsgruppen

** In Tarifstufe ZahnFlex.Kind können sich Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 20 Jahren versichern.

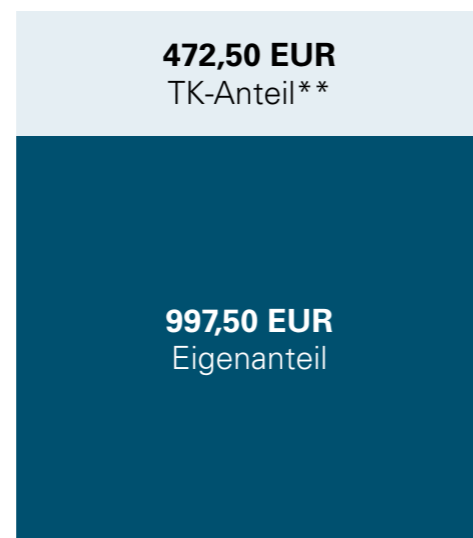
So schonen Sie Ihr Budget

Sehen Sie selbst, wie viel Geld Sie mit ZahnFlex sparen können!
So bleibt auch hochwertiger Zahnersatz für Sie bezahlbar.

Beispielrechnung:

Brücke = **Gesamtkosten 1.470,00 Euro***

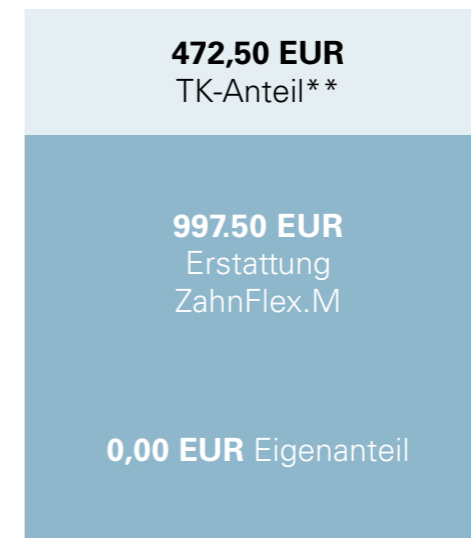
Ohne Zusatzversicherung



Mit ZahnFlex.S



Mit ZahnFlex.M



Sie sparen

500,00 EUR

997,50 EUR

**> Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**

Rechenweg:
Gesamtkosten – TK-Anteil – Erstattung ZahnFlex = Eigenanteil

*Beispielkosten: Quelle: Envivas (Juli 2019)
**Festzuschuss der TK inkl. 30% Bonus (Juli 2019)

Guter Schutz, der sich für Sie rechnet

ZahnFlex.S

Erstattung pro Jahr:
500 Euro

ZahnFlex.M

Erstattung pro Jahr:
1.000 Euro

ZahnFlex.L

Erstattung pro Jahr:
2.000 Euro

ZahnFlex.XL

Erstattung pro Jahr:
4.000 Euro

ZahnFlex.MAX

Erstattung pro Jahr:
unbegrenzt

ZahnFlex.Kind

Erstattung pro Jahr:
1.000 Euro

Eintrittsalter*	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Eintrittsalter*	Monatsbeitrag in EUR**
15 - 20	2,77	3,34	3,92	4,71	5,50	bis 19	10,46
21	8,58	13,23	19,61	28,69	39,56		
22	8,70	13,45	19,96	29,23	40,35		
23	8,83	13,66	20,30	29,76	41,14		
24	8,95	13,87	20,64	30,29	41,92		
25	9,06	14,07	20,97	30,80	42,70		
26	9,17	14,26	21,29	31,31	43,46		
27	9,28	14,45	21,60	31,80	44,21		
28	9,38	14,63	21,91	32,29	44,94		
29	9,48	14,81	22,21	32,77	45,65		
30	9,58	14,98	22,50	33,23	46,35		
31	9,67	15,14	22,78	33,69	47,03		
32	9,75	15,30	23,05	34,13	47,70		
33	9,83	15,45	23,32	34,57	48,36		
34	9,91	15,60	23,58	34,99	49,00		
35	9,99	15,74	23,83	35,40	49,63		
36	10,06	15,87	24,07	35,80	50,25		
37	10,12	16,00	24,30	36,19	50,85		
38	10,19	16,13	24,53	36,56	51,45		
39	10,25	16,25	24,75	36,93	52,04		
40	10,31	16,36	24,96	37,29	52,62		
41	10,36	16,47	25,17	37,64	53,20		
42	10,41	16,58	25,37	37,98	53,77		
43	10,46	16,68	25,56	38,31	54,33		
44	10,51	16,78	25,75	38,63	54,89		
45	10,56	16,88	25,93	38,94	55,45		
46	10,58	16,94	26,06	39,17	55,90		
47	10,60	16,99	26,18	39,39	56,34		
48	10,62	17,04	26,29	39,59	56,76		
49	10,64	17,09	26,39	39,77	57,15		
50	10,65	17,13	26,48	39,94	57,52		
51	10,66	17,16	26,56	40,10	57,86		
52	10,66	17,19	26,63	40,23	58,17		
53	10,67	17,21	26,68	40,35	58,43		
54	10,69	17,25	26,78	40,52	58,77		
55	10,70	17,29	26,87	40,68	59,07		
56	10,72	17,33	26,94	40,82	59,33		
57	10,73	17,36	27,01	40,95	59,55		
58	10,74	17,39	27,07	41,05	59,74		
59	10,75	17,41	27,12	41,15	59,89		
60	10,69	17,33	27,01	40,99	60,02		

*Das Eintrittsalter entspricht dem tatsächlichen Alter bei Versicherungsbeginn.

**Die Höhe des Monatsbeitrags richtet sich nach dem Alter und einem eventuell zu zahlenden Zuschlag für fehlende, nicht ersetzte Zähne. Ab vier fehlenden Zähnen ist keine Versicherung möglich. Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Es findet bei jedem Antrag eine Gesundheitsprüfung statt.

Beiträge ab 61 Jahre finden Sie unter envivas.de.

> Persönlichen Beitrag berechnen und online beantragen



Wichtige
Hinweise
für den
Abschluss

+ Ihr Plus Besser abgesichert

Die Leistungen unserer Zusatzversicherung reichen von der Erstattung für Zahnprophylaxe bis zur Kostenübernahme von Zahnersatz:

- 100% Erstattung (inkl. TK-Leistung) für hochwertigen Zahnersatz (z. B. Implantate, Brücken, Teil- und Vollprothesen), Zahnkronen, Zahnbehandlung (z.B. Wurzel- und Parodontosebehandlungen sowie Kunststofffüllungen)
- Aufstockung der TK-Leistungen um den von Ihnen gewählten maximalen jährlichen Erstattungsbetrag (500 Euro / 1.000 Euro / 2.000 Euro / 4.000 Euro / unbegrenzt)
- Leistungen für Prophylaxe, z. B. professionelle Zahnreinigung in Höhe von bis zu 150 Euro pro Jahr
- Günstige Beiträge für TK-Versicherte – dank langjähriger Kooperation von TK und Envivas
- Flexibilität und wachsende Erstattung durch Tarifstufenwechsel: Alle drei Jahre wechseln Sie in die nächsthöhere Tarifstufe oder bleiben auf Wunsch in Ihrer Stufe





+ Ihr Plus **Exzellenter Service – zufriedene Kunden**

Wir stehen Ihnen zur Seite – schnell, kompetent und unbürokratisch. Denn Service heißt für uns: Ihre Ansprechpartner sind zur Stelle, wenn Sie sie brauchen.

- › individuelle Antwort innerhalb von 24 Stunden
- › kostenfreier Rückrufservice
- › unkomplizierte Leistungsabrechnung
- › flexible Unterstützung bei allen Fragen

Der TÜV SÜD bestätigt der Envivas kundenorientierten Service. Die Envivas wurde für ihren exzellenten Service erneut mit dem Siegel „ServiceExcellence“ (Zertifizierung 2018) ausgezeichnet. Mehr Infos unter www.envivas.de/tuev





+ Ihr Plus Direkt online beantragen

Sichern Sie sich ZahnFlex ganz komfortabel:
Das Antragsformular ist jederzeit einfach und schnell online auszufüllen.

**> Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



Wichtige Hinweise

Die Zusatzversicherung ZahnFlex können nur Personen abschließen, die bei der TK versichert oder familienversichert sind. Für den Tarif ZahnFlex gelten folgende Rahmenbedingungen:

Beiträge ZahnFlex

Die Höhe des Monatsbeitrags richtet sich nach dem Alter und einem eventuell zu zahlenden Zuschlag für fehlende, nicht ersetzte Zähne.

Höherstufung des Versicherungsschutzes

In der Regel steigt der Absicherungsbedarf mit steigendem Alter. Der Tarif ZahnFlex wechselt mit: Alle 3 Jahre wechseln Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit in die nächsthöhere Tarifstufe. Ihr maximaler Erstattungsbeitrag steigt damit ganz automatisch.

Eine Lösung für hohe Sicherheit, die es so nur bei der Envivas gibt.

Den Wechsel in den leistungsstärkeren Tarif können Sie ohne Grund ablehnen. Nach drei Ablehnungen in Folge endet die automatische Höherstufung.

Das bedeutet: Sie können danach Ihren Versicherungsschutz nur mit neuer Gesundheitsprüfung und ggf. neuer Wartezeit erweitern. Nach einer Erhöhung beginnt Ihr Widerspruchsrecht von neuem.

Junge Erwachsene, die nach Tarifstufe ZahnFlex.Kind versichert sind, können mit Vollendung des 21. Lebensjahres ohne eine erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit in die Tarifstufen ZahnFlex.S oder ZahnFlex.M wechseln.

Gesundheitsprüfung

Es findet bei jedem Antrag eine Gesundheitsprüfung statt.

Lückenschlüsse müssen bei den Gesundheitsangaben nicht vermerkt werden. Ein Lückenschluss besteht, wenn der Raum, den ein fehlender oder nicht vorhandener Zahn eingenommen hätte, so ausgefüllt ist, dass er nicht durch eine ärztliche oder zahnärztliche Maßnahme ausgefüllt werden kann.

Bitte beachten:

Ab Versicherungsbeginn gilt eine Wartezeit von acht Monaten (entfällt bei Unfall).

Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der vorliegenden Broschüre um Informationen zur Verkaufunterstützung handelt. Die grundsätzlichen Merkmale und Vorteile der Produkte werden in vereinfachter Form dargestellt. Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmen- und Tarifbedingungen), Versicherungsantrag bzw. -anfrage sowie ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen. Die AVB finden Sie unter www.envivas.de/avb. Anbieter und Risikoträger ist die Envivas Krankenversicherung AG.

 **Persönlichen Beitrag berechnen und online beantragen**

Wichtige Vertragsunterlagen zum Tarif ZahnFlex

- 1. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- 2. Tarif „ZahnFlex“**
- 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)**
- 4. Kundeninformation**
- 5. Kundeninformation der Envivas Krankenversicherung AG
bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr**
- 6. Widerrufsbelehrung**



TK und Envivas – Rundum gut abgesichert



Als Versicherter der Techniker Krankenkasse sind Sie ausgezeichnete Leistungen gewohnt. Mit privaten Zusatzversicherungen machen Sie den Rundumschutz komplett. Das ist dank der Kooperation der TK mit der Envivas möglich. Gemeinsam haben wir für Sie Tarife entwickelt, die Ihren Versicherungsschutz optimal ergänzen.

Inzwischen vertrauen uns mehr als 1,6 Millionen Kunden. Überzeugen auch Sie sich von unserem Plus an Leistung und Service.

In zahlreichen Tests schnitt neben unseren Produkten besonders unser Service sehr gut ab: unkomplizierte Prozesse, ein unbürokratischer Umgang mit Kunden sowie verständliche und transparente Leistungsaussagen.

Für diesen überdurchschnittlichen Service hat der TÜV SÜD 2018 erneut das Zertifikat der „ServiceExcellence“ an die Envivas verliehen (mehr Infos unter www.envivas.de/tuev).





Wir sind jederzeit für Sie da

Sie haben Fragen rund um die Envivas und unsere Krankenzusatzversicherungen?



www.envivas.de

Sie erhalten alle wichtigen Informationen jederzeit schnell und bequem.



0800 - 425 25 25

Sie erreichen unsere Experten telefonisch montags bis freitags von 7 bis 22 Uhr bundesweit gebührenfrei (auch mobil).



info@envivas.de

Gerne beantworten wir Ihre Anfrage auch per E-Mail.



www.facebook.com/envivas

Besuchen Sie uns auf unserer Facebook-Seite!



EnvivasApp

Reichen Sie Ihre Belege schnell, einfach und mobil ein.



Impressum

Envivas Krankenversicherung AG

Gereonswall 68
50670 Köln

Telefon: 0800 - 425 25 25 bundesweit gebührenfrei (auch mobil)

Vorstand:

Dr. Jochen Petin (Vorsitzender), Katrin Gruber, Dr. Mirko Tillmann

Vorsitzender des Aufsichtsrates:

Dr. Rainer Sommer

Handelsregister:

Amtsgericht Köln HRB 52059

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn



Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Envivas Krankenversicherung AG
Deutschland

ZahnFlex

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZahnFlex. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (RB/KK 09 und TB/KK 09), dem Tarif ZahnFlex, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenzusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes bei zahnärztlicher Behandlung. Der Tarif ZahnFlex existiert in sechs Tarifstufen, die ausschließlich einzeln abgeschlossen werden können.



Was ist versichert?

Tarifstufen ZahnFlex.S / ZahnFlex.M / ZahnFlex.L / ZahnFlex.XL / ZahnFlex.MAX / ZahnFlex.Kind:

- ✓ 100 % für Zahnersatz (einschl. Implantate), Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) und Zahnkronen unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 50 %
- ✓ 100 % für Zahnbehandlung, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung und plastische Zahnfüllungen unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 50 %.
- ✓ 100 % für prophylaktische Zahnbehandlung einschließlich professioneller Zahnreinigung unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV (summenmäßige Begrenzung).

Zusätzliche Leistungen in der Tarifstufe ZahnFlex.Kind:

- ✓ 100 % für Kieferorthopädie unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV.

Höchstleistung pro Kalenderjahr:

- ✓ Die Tarifstufen ZahnFlex.S, ZahnFlex.M, ZahnFlex.L, ZahnFlex.XL und ZahnFlex.Kind sehen summenmäßige Höchstleistungen pro Kalenderjahr vor. In der Tarifstufe ZahnFlex.MAX ist keine summenmäßige Höchstleistung pro Kalenderjahr vorgesehen. Folgende Höchstleistungen gelten für alle Versicherungsfälle in einem Kalenderjahr zusammen:

ZahnFlex.S	500,00 EUR
ZahnFlex.M	1.000,00 EUR
ZahnFlex.L	2.000,00 EUR
ZahnFlex.XL	4.000,00 EUR
ZahnFlex.MAX	unbegrenzt
ZahnFlex.Kind	1.000,00 EUR

Automatische Höherstufung des Versicherungsschutzes:

- ✓ Der Tarif ZahnFlex sieht für Versicherte im Alter zwischen 21 und 59 Jahren eine Regelung zur automatischen Höherstufung des Versicherungsschutzes in die jeweils nächsthöhere Tarifstufe vor.

Gebührenordnung GOÄ/GOZ

- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ medizinisch nicht notwendige, z.B. kosmetische Behandlungen
- ✗ alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt haben und keine allgemeine Anerkennung gefunden haben
- ✗ Eigenanteile wie z.B. Zuzahlung zu Medikamenten



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Durch prozentuale oder summenmäßige Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- ! Durch die Höchstleistung pro Kalenderjahr können Ihnen Eigenanteile entstehen. Die Höchstleistung pro Kalenderjahr hängt davon ab, in welcher Tarifstufe Sie bei Durchführung der Behandlung versichert sind (vgl. „Was ist versichert?“).
- ! Nicht erstattet werden können Behandlungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- ! Behandlungen durch Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder Kinder sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa
- ✓ Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.





Welche Verpflichtungen habe ich?

- › Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- › Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- › Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z.B. erforderlich sein, dass die versicherte Person ihre Behandelnden von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können. Darüber hinaus kann es ebenfalls erforderlich sein, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.



Wann und wie zahle ich?

- › Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig.
- › Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- › Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- › Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- › Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- › Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- › Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- › Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- › Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- › Endet Ihre Versicherung in der GKV, so endet damit auch die Versicherung nach diesem Tarif (Wegfall der Versicherungsfähigkeit). Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen.

Tarif „ZahnFlex“

für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Der Tarif ZahnFlex bietet Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlung. Er existiert in sechs Tarifstufen, die ausschließlich einzeln abgeschlossen werden können. Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09), Teil II Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 09).

1. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif ZahnFlex können sich Personen versichern, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Mitglied oder familienversichert sind. Mit dem Ende der Versicherung in der GKV endet auch die Versicherung nach Tarif ZahnFlex. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb eines Monats in Textform anzuzeigen.

Nach Tarifstufe ZahnFlex.Kind können Kinder und Jugendliche bis zum Alter von einschließlich 20 Jahren versichert werden. Mit dem 21. Geburtstag wird der Versicherungsschutz gemäß Abschnitt 4 fortgeführt.

2. Umfang der Versicherungsleistungen

Die folgende Tabelle gibt Ihnen einen Überblick über die Tarifstufen mit den entsprechenden Höchstleistungen pro Kalenderjahr sowie die wichtigsten Leistungen:

ZahnFlex		
Tarifstufe	Höchstleistung pro Kalenderjahr	Leistungsüberblick
ZahnFlex.S	500,00 EUR	Zahnersatz, Zahnbehandlung und prophylaktische Zahnbehandlung
ZahnFlex.M	1.000,00 EUR	
ZahnFlex.L	2.000,00 EUR	
ZahnFlex.XL	4.000,00 EUR	
ZahnFlex.MAX	unbegrenzt	
ZahnFlex.Kind	1.000,00 EUR	Zahnersatz, Zahnbehandlung, prophylaktische Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die Höchstleistung pro Kalenderjahr für sämtliche unter 2.1 bis 2.4 aufgeführten Leistungen richtet sich nach der von Ihnen gewählten Tarifstufe. Die Höchstleistung gilt für alle Versicherungsfälle in einem Kalenderjahr zusammen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen werden nicht in das nächste Kalenderjahr übertragen.

Leistung	Erstattungsfähige Leistungen	Erstattungsumfang
2.1 Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Wir erstatten die Kosten für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen). – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist. Eine Diagnose, die durch einen Zahnarzt sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen ohne entsprechende Zusatzausbildung gestellt wurde, reicht nicht aus. – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u> 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsschritten an den Kosten, gilt die Vorleistung der GKV für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn als erbracht.</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u> 50 %</p>

Leistung	Erstattungsfähige Leistungen	Erstattungsumfang
2.2 Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Wir erstatten die Kosten für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbissschienen) – parodontologische Leistungen <p>Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist. Eine Diagnose, die durch einen Zahnarzt sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen ohne entsprechende Zusatzausbildung gestellt wurde, reicht nicht aus. – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u> 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsschritten an den Kosten, gilt die Vorleistung der GKV für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn als erbracht.</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u> 50 %</p>
2.3 Prophylaktische Zahnbehandlung	<p>Wir erstatten die Kosten für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen oder Fissurenversiegelung).</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 150,00 EUR pro Kalenderjahr.</p>
2.4 Kieferorthopädie nur in Tarifstufe ZahnFlex.Kind versichert	<p>Wir erstatten die Kosten für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für kieferorthopädische Leistungen (z. B. herausnehmbare oder festsitzende Zahnsparren, Außensparren, Kunststoffschienen nach dem Aligner-Verfahren, Retainer).</p> <p>Wir erstatten auch die Kosten für darüber hinausgehende Mehrleistungen, wie zum Beispiel besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnsparren, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Minibrackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung.</p> <p>Im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. <p>Gemäß § 29 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V haben Versicherte in der GKV zunächst einen Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung selbst zu leisten. Die GKV zahlt diesen Anteil den Versicherten zurück, nachdem die Behandlung planmäßig abgeschlossen wurde. Diesen Eigenanteil erstatten wir nicht.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

3. Automatische Höherstufung des Versicherungsschutzes

Der Tarif ZahnFlex sieht für Versicherte im Alter zwischen 21 und 59 Jahren eine Regelung zur automatischen Höherstufung des Versicherungsschutzes vor:

- Im Abstand von jeweils drei Jahren stellen wir den Versicherungsschutz automatisch in die nächsthöhere Tarifstufe um. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt dabei als volles Kalenderjahr. Die Höherstufung erfolgt somit immer zum 1. Januar eines Jahres.

In folgenden Fällen gelten abweichende Regelungen für die automatische Höherstufung:

- Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn jünger als 21 Jahre, erfolgt die automatische Höherstufung erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 24 Jahre alt wird.
- Bei einer individuell beantragten Umstellung in eine höhere Tarifstufe beginnt der Dreijahreszeitraum für die automatische Höherstufung ab dem Umstellungstermin neu zu laufen. Das Jahr, in dem die Umstellung erfolgt, gilt dabei als volles Kalenderjahr.
- Die automatische Höherstufung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeit.
- Ab dem Zeitpunkt der Höherstufung gilt auch für laufende Versicherungsfälle der erhöhte Versicherungsschutz.

- Ab dem Zeitpunkt der Höherstufung ist der Beitrag für die nächsthöhere Tarifstufe zu entrichten. Eine gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird beitragsmindernd angerechnet. Vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Vereinbarte Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

Sie können der Höherstufung bis zu zwei Monate nach Erhalt der Mitteilung über die Vertragsänderung widersprechen. Wenn Sie die Höherstufung drei Mal in Folge ablehnen, erlischt Ihr Anspruch auf künftige Höherstufungen ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit. Der Anspruch auf die automatische Höherstufung des Versicherungsschutzes erlischt auch, wenn Sie im Versicherungsverlauf in eine niedrigere Tarifstufe wechseln. Bei einer Umstellung aus der Tarifstufe ZahnFlex.Kind in eine andere Tarifstufe bleibt das Recht auf die automatische Höherstufung bestehen.

4. Ende der Versicherung nach Tarifstufe ZahnFlex.Kind und Fortführung nach Tarifstufe ZahnFlex.M

Die Versicherung nach Tarifstufe ZahnFlex.Kind endet mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person 21 Jahre alt wird. Die Versicherung wird vom Beginn des Folgemonats an ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeit nach Tarifstufe ZahnFlex.M fortgeführt.

Für die Beitragshöhe in der Tarifstufe ZahnFlex.M gilt das dann erreichte Lebensalter (21 Jahre) als tarifliches Eintrittsalter. Vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Vereinbarte Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

Sie können der Fortführung bis zu zwei Monate nach Erhalt der Mitteilung über die Vertragsänderung widersprechen.

5. Anrechnung der GKV-Vorleistung

Die Leistung der GKV ist zunächst in Anspruch zu nehmen. Mit dem Erstattungsantrag sind uns Nachweise über die Leistungsentscheidung der GKV zu erbringen.

Hat der Versicherte einen Selbstbehalt in der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

6. Sonstiges

6.1 Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte der Rechnungsstellung und -einreichung sind für die Zuordnung der Leistungen zu einem Kalenderjahr nicht entscheidend.

6.2 Abweichend von § 6 (5) RB/KK 09 werden Übersetzungskosten nicht von den Leistungen abgezogen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I: Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09)

Teil II: Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 09)

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.
 - 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) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif), 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 § 19 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, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (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 ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 10 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 nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.

Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KK 09 Versicherungsfall

- (1) Sofern der Tarif nichts anderes bestimmt, umfasst der Versicherungsschutz auch die Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen Arzt durchgeführt wird. Ist davon abweichend der Behandelnde ein in eigener Praxis tätiger und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sind psychotherapeutische Leistungen nur erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr in tariflichem Umfang erstattet.
- (2) Der Versicherungsschutz der Tarife mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung umfasst auch die Aufwendungen für Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus-Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilusinfluenzae-b, Pneumokokken-

Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung).

Teil II: § 2

zu § 1 (4) RB/KK 09 Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Die in § 1 (4) RB/KK 09 genannte Frist von einem Monat wird auf drei Monate ausgedehnt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wird in der Krankheitskostenversicherung Versicherungsschutz auch über diese Frist hinaus gewährt, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherer vor Reiseantritt über Aufenthaltsdauer und -ort unterrichtet.

§ 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 mit Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.
- (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.

Teil II: § 3

zu § 2 (2) RB/KK 09 Versicherungsschutz bei Neugeborenen

- (1) Abweichend von § 2 (2) Satz 2 RB/KK 09 kann beim Versicherungsschutz des Neugeborenen eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung gewählt werden als die eines versicherten Elternteils.
- (2) Der Versicherer erstattet die Unterbringungskosten für den gesunden Säugling bis zu zehn Tagen; über diesen Zeitraum hinaus werden die Unterbringungskosten solange gewährt, wie die Mutter nach dem Wochenbett aus Gründen medizinisch notwendiger Heilbehandlung im Krankenhaus verbleiben muss. Voraussetzung ist die fristgemäße Nachversicherung des Säuglings.

§ 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 einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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 auf Grund 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.

Teil II: § 4

zu § 3 RB/KK 09 Wartezeiten

- (1) zu § 3 (3) RB/KK 09
Abweichend von § 3 (3) RB/KK 09 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.
- (2) zu § 3 (4) RB/KK 09
Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif oder die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten 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.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. 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 Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung 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. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

Teil II: § 5

zu § 4 RB/KK 09 Umfang der Leistungspflicht

- (1) zu § 4 (1–5) RB/KK 09 Heilbehandlung und Vorsorgemaßnahmen
Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnungen überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.
- (2) zu § 4 (3) RB/KK 09 Arzneimittel
 - a) Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.
 - b) Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und ähnliches werden nicht erstattet.
- (3) zu § 4 (3) RB/KK 09 Heilmittel
Als Heilmittel gelten die im Gebührenverzeichnis der geltenden Gebührenordnung für Ärzte unter Abschnitt E „Physikalisch-medizinische Leistungen“ aufgeführten Leistungen, soweit sie von einem der unter § 4 (2) RB/KK 09 aufgeführten Therapeuten oder von einem staatlich geprüften Masseur oder von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister erbracht werden.
- (4) zu § 4 (3) RB/KK 09 Hilfsmittel
Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich
 - a) die Aufwendungen für Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Schuhe, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel, Hörgeräte und für handbetriebene Krankenfahrstühle mit festen Seitenteilen, festen Beinstützen und nicht verstellbarer Rückenlehne,
 - b) unter Beachtung von summenmäßigen Begrenzungen die Aufwendungen für Sehhilfen (Augenläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) in tariflichem Umfang.

§ 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;
 - b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, 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.

Teil II: § 6

zu § 5 (1) RB/KK 09 Einschränkung der Leistungspflicht

Abweichend von § 5 (1) e) RB/KK 09 werden die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Kundeninformation).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II: § 7

zu § 6 RB/KK 09 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) zu § 6 (1) RB/KK 09 Leistungsunterlagen
Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein. Insbesondere müssen sie enthalten:
Vor- und Zunamen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Behandlungstage, Honorare für die einzelnen Behandlungen, den in Rechnung gestellten Krankenhauspflegesatz, die Pflegeklasse und den für Selbstzahler offiziellen Pflegesatz des aufgesuchten Krankenhauses.
- (2) zu § 6 (4) RB/KK 09 Umrechnungskurs
Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs er-

worben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.

- (3) zu § 6 (5) RB/KK 09 Überweisungskosten
Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut; bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

Teil II: § 8

zu § 6 (6) RB/KK 09 Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ist ein Krankenausweis (Envivas Card) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6 RB/KK 09) insoweit nicht bezüglich der Krankenhausleistungen.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 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, 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, kann der Tarif anstelle 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 Kundeninformation) 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 1. 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 unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate 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 des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
- (5) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) 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 Kundeninformation) 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 Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit 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.

- (7) Für andere als die in Abs. 6 genannten Versicherungen gilt:
- a) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.
 - b) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.
- (8) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (9) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (10) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (11) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung 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.
- (12) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II: § 9

zu § 9 (1) RB/KK 09 Monatliche Beitragsrate

- (1) Die Höhe der Beiträge richtet sich
 - › nach dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person
 - › in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen nach dem Geschlecht der versicherten Person.
- (2) Für Neugeborene ist der Beitrag vom Tage der Geburt an zu entrichten. Für mitversicherte Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, die bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitragsrate für mitversicherte Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres die Beitragsrate für Erwachsene zu zahlen. Dies gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 10 (2) RB/KK 09. Für eine im Versicherungsvertrag allein versicherte Person, für die die Beitragsrate für mitversicherte Kinder oder Jugendliche vereinbart ist, gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend.
- (3) Bei Vertragsänderungen erfolgt die Beitragsberechnung nach § 10 RB/KK 09.

§ 10 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, werden berücksichtigt:
 - in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,
 - das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 24 Abs. 1 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Teil II: § 10

zu § 11 (1) RB/KK 09 Beitragsanpassung

Der Vomhundertsatz beträgt 5.

§ 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung 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. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

§ 13 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person 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) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.
- (6) 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.
- (7) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4, 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dies gilt nicht, soweit es sich um eine der Pflicht zur Versicherung genügende Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) handelt.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 15 Obliegenheiten und Folgen von 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 Kundeninformation), 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 eine der in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem 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.

§ 16 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur 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. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- (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 auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen, 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 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) Abweichend von den Absätzen 1 bis 6 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (siehe Kundeninformation) 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.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Kundeninformation) 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 gebildeten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. 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 Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Teil II: § 11

zu § 17 (1) RB/KK 09 Versicherungsjahr

Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) ist jede Kündigung ausgeschlossen. Darüber hinaus ist in der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen; dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht, sowie für eine nicht substitutive Krankheitskostenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Wird eine Krankheitskostenversicherung wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, gilt § 17 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II: § 12

zu § 18 (2) RB/KK 09 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf das in § 18 (2) RB/KK 09 festgelegte ordentliche Kündigungsrecht.

§ 19 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 21 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Die folgenden Regelungen finden keine Anwendung auf Zusatzversicherte (Versicherte in der ergänzenden Krankheitskostenteilversicherung)

§ 23 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 Kundeninformation) 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 abgeschlossene Verträge.

§ 24 Wechsel in den Basistarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln können,
 - a) wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder
 - b) die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
 - c) 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.

Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird ein Zuschlag erhoben, der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt ist. § 23 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

- (2) Der Anspruch nach Abs. 1 besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen

Kundeninformation

Allgemeine Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas

Wir freuen uns, dass Sie sich als Mitglied der Techniker Krankenkasse (TK) für eine private Ergänzungsversicherung der Envivas interessieren. Im Rahmen der exklusiven Kooperation ermöglicht die TK ihren Versicherten den Abschluss privater Zusatzversicherungen der Envivas, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bedarfsgerecht zu einem besonders vorteilhaften Preis-Leistungs-Verhältnis ergänzen.

Wir möchten unseren Kunden größtmögliche Transparenz bei allen Fragen und Entscheidungen rund um das Thema private Krankenversicherung bieten. Im Folgenden erhalten Sie deshalb die wesentlichen Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas.

Verzeichnis der weiteren Informationen

Die Envivas Card	Seite 36
Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	Seite 39
Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	Seite 39
Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	Seite 39
Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	Seite 39
Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)	Seite 40
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	Seite 41
Liste der Dienstleister	Seite 42
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	Seite 43
Informationen zur Kooperation zwischen der Envivas und der TK	Seite 45

1. Identität des Versicherers

Envivas Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Sitz: Köln – Handelsregister: Amtsgericht Köln HR B 52059
Anschrift: Gereonswall 68, 50670 Köln
Telefon: 0800 - 425 25 25
Fax: 02 21 - 16 36-25 61
E-Mail: info@envivas.de

2. Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Envivas ist der Vorstand.

Mitglieder des Vorstandes sind: Dr. Jochen Petin (Vors.), Katrin Gruber, Dr. Mirko Tillmann.

3. Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

Die Envivas betreibt die Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn ausgeübt.

4. Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wenden.

Das Bundesministerium für Finanzen hat der Medicator AG die Aufgaben eines Sicherungsfonds übertragen. Die Medicator AG hat damit im Fall der Insolvenz des Krankenversicherungsunternehmens die Aufgabe, Ihre Rechte zu schützen.

5. Vertragsrelevante Unterlagen/Merkmale der Versicherungsleistungen

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- ▶ Das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten** enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- ▶ Der **Tarif** beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- ▶ Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** ergänzen die tariflichen Regelungen.
- ▶ Der von Ihnen zu unterzeichnende verbindliche **Antrag** oder die unverbindliche **Anfrage** (vgl. Nr. 10.1) dient insbe-

sondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes und der Beantwortung der Gesundheitsfragen.

- ▶ Falls Sie zunächst eine unverbindliche Anfrage an uns gerichtet haben, unterbreiten wir Ihnen anschließend ein für uns verbindliches **Angebot** (vgl. Nr. 10.1), das Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen können.
- ▶ Im **Versicherungsschein** (der Police) dokumentieren wir den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Nebenabreden (z.B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn sie von der Envivas schriftlich bestätigt werden.

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen sind folgende:

In der **Krankheitskostenversicherung** ersetzt die Envivas im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde.

In der **Krankenhaustagegeldversicherung** zahlt die Envivas das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) und die Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde.

In der **Krankentagegeldversicherung** ersetzt die Envivas den Verdienstaufschlag bis zur Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, wenn durch Krankheit oder Unfall Arbeitsunfähigkeit eintritt. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KT 09) zugrunde.

In der **Pflegekrankenversicherung** zahlt die Envivas im Fall der Pflegebedürftigkeit das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung). Als Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Pflegetagegeldversicherung liegen die AVB/Pflegekrankenversicherung 09 zugrunde. In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung liegen die MB/GEPV 2013 sowie die TB/GEPV 2013 zugrunde. Bei zusätzlicher Vereinbarung des Ergänzungstarifs PflegeXtra zur Pflegekrankenversicherung gelten die entsprechenden Zusatzbedingungen.

5.3 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald uns alle erforderlichen Unterlagen eingereicht wurden und wir die notwendige Prüfung durchgeführt haben. Die Erfüllung der Leistung durch die Envivas erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages.

6. Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)

Die Beiträge werden im Antrag bzw. Angebot sowie im Versicherungsschein für jede Person und jeden Tarif einzeln aufgeführt. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Risikozuschläge, werden wir diese – soweit sie nicht bereits im Antrag bzw. Angebot enthalten sind – gesondert schriftlich mit Ihnen vereinbaren.

7. Zusätzlich anfallende Kosten

Außer dem Versicherungsbeitrag entstehen Ihnen für den angebotenen Versicherungsschutz keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren, auch nicht für die von uns angebotenen Serviceleistungen.

8. Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an erhoben. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, wird aber in der Regel in monatlichen Beitragsraten gezahlt. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist mit Versicherungsbeginn zu zahlen, frühestens jedoch 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, gilt der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot im Antragsmodell (inkl. der Beiträge) gilt für sechs Wochen ab dem Zeitpunkt der Übergabe der Vertragsinformationen.

10. Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist

10.1 Zustandekommen des Vertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie der Versicherungsvertrag geschlossen werden kann:

- ▶ „Antragsmodell“
Sie unterzeichnen den Antrag, nachdem Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, erhalten Sie den Versicherungsschein.
- ▶ „Invitationsmodell“
Sie unterzeichnen die Anfrage, bevor Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. In diesem Fall gilt Ihre Erklärung nur als unverbindliche Aufforderung an uns, Ihnen ein Versicherungsangebot zu unterbreiten. Nach Risikoprüfung durch uns erhalten Sie ein individuelles Angebot mit allen Unterlagen. Dieses können Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen.

In beiden Modellen kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn wir Sie mit den nach Nr. 5 genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und Ihr Widerrufsrecht (siehe Nr. 11) nicht ausgeübt haben.

10.2 Bindefrist

Eine Frist, innerhalb derer Sie an Ihren Antrag gebunden sind (Bindefrist), gibt es nur im Antragsmodell. Sie beträgt sechs Wochen ab Antragstellung.

11. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie diese Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform zugegangen sind. Die Belehrung über das Widerrufsrechts finden Sie im Versicherungsschein.

12. Vertragslaufzeit

Sofern sich aus dem Tarif nichts anderes ergibt, wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann erstmals zum Ablauf der Mindestvertragsdauer und danach zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Es gelten folgende Mindestvertragslaufzeiten:

- › in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre
- › in der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr
- › in der Pflegekrankenversicherung ein Versicherungsjahr
- › in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zwei Versicherungsjahre

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

13. Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z.B. Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 205 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Seite 5) sowie den inhaltsgleichen Regelungen in den AVB.

14. Anwendbares Recht/Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- › Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- › Köln als Sitz der Envivas

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Köln. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

15. Sprachen

Die Envivas kommuniziert mit Ihnen in deutscher Sprache.

16. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten unmittelbar an unseren Kundenservice (Tel. 0800 - 425 25 25). Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an den

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin,
www.versicherungsombudsmann.de

wenden. Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. An dem Streitbelegungsverfahren des Ombudsmanns nimmt die Envivas Krankenversicherung AG teil. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Beschwerden können Sie außerdem an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

richten.

Die Envivas Card

Sofern Sie nach den Tarifen KLINIK oder START versichert sind, erhalten Sie unsere Envivas Card. Diese weist Sie im Krankenhaus als Privatpatient oder Privatpatientin aus.

Ihre Vorteile bei Nutzung der Envivas Card

- › Ihre Versicherungsdaten können in der Klinik schnell, problemlos und sicher in den Computer eingelesen werden.
- › Der gewählte Versicherungsschutz in Bezug auf die Art der Unterbringung (Ein- oder Zweibettzimmer) lässt sich bei Aufnahme im Krankenhaus auf einen Blick erfassen.
- › Bei stationären Aufenthalten rechnen die Krankenhäuser die Unterbringungskosten direkt mit der Envivas ab – entsprechend dem vereinbarten Versicherungsschutz. Vorauszahlungen durch Sie sind nicht erforderlich.

Ändern sich der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes oder Ihre persönlichen Daten, erhalten Sie automatisch eine neue Envivas Card. Bei Beschädigung oder Verlust sorgen wir selbstverständlich für Ersatz. Sie können die Karte telefonisch in unserem KundenService unter der Telefonnummer 0800 - 425 25 25 anfordern.

Die Envivas Card ist Eigentum der Envivas und darf nach Beendigung des Versicherungsschutzes nicht mehr benutzt werden.

Envivas Card und Datenschutz

Im Bereich der Krankenhausbehandlung ist mit der Envivas Card eine Kostenübernahmegarantie im tariflichen Umfang für die Kosten der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer verbunden. Die Karte enthält einen Mikrochip, auf dem folgende Daten gespeichert sind

- › Name und Nummer des Versicherungsunternehmens,
- › Name, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,
- › Versicherungsnummer und Personenummer,
- › Gültigkeitsdauer der Karte,

die mit Hilfe eines Kartenlesegerätes abgerufen und so zur Rechnungserstellung genutzt werden können.

Ein Teil dieser Daten ist auch auf der Kartenvorderseite zu sehen. Außerdem ist der Umfang des jeweiligen stationären Versicherungsschutzes angegeben. Zusätzliche Angaben, wie z.B. medizinische Behandlungsdaten, können auf dem Chip nicht gespeichert werden, auch nicht vom Krankenhaus. Die Informationen sind geschützt und wurden von den Datenschutzbeauftragten der Länder geprüft.

Die Daten auf der Karte sind nicht veränderbar, weil sie mit einem Schreibschutz versehen sind.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat vor dem Hintergrund der elektronischen Datenübermittlung mit den für die Produktion der Karten beauftragten Herstellern eine vertragliche Vereinbarung über die ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen sowie über die Einhaltung der Sorgfaltspflicht zum Datenschutz getroffen. Mit Auftragsvergabe und Vertragsabschluss wurden die beauftragten Dienstleister – ungeachtet der ihnen ohnehin schon obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen – von den privaten Krankenversicherungen zum Datenschutz verpflichtet. Sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes beachten und dürfen die an sie weitergeleiteten Daten nicht an Dritte weitergeben oder unbefugt, d.h. zu einem anderen als dem jeweiligen rechtmäßigen, zur Auftrags Erfüllung gehörenden Zweck verarbeiten oder nutzen. Sollten Sie dennoch der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum) an ein Dienstleistungsunternehmen nicht zustimmen, genügt eine Mitteilung an uns. Wir werden dann Ihre Daten nicht weitergeben und somit die Herstellung der Karte unterbinden.

Der Einsatz der Envivas Card ist freiwillig, d.h. es ist Ärzten und Versicherten freigestellt, ob sie die Karte benutzen möchten oder nicht. Die Envivas Card ist ein Serviceangebot an alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (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.
- (2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.
- (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 Beihilfeberechtigten ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

[...]

§ 195 Versicherungsdauer

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

[...]

§ 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 die-

ses 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 Leistungsausschluss 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 Leistungsausschluss 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 1. 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 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. 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 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
 - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

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

- (2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflegepflichtversicherung 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.
- (3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.
- (4) 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 Kranken-

tagegeld- 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 Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird 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.

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, 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.

[...]

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§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.

§150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

[...]

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Die Prämien ermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§152 Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen

Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

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

[...]

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

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

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

[...]

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte

[...]

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

[...]

Informationsblatt 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.

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.

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 Älterwerdens 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 bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Liste der Dienstleister

(Anlage zur Datenschutzeinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung im Versicherungsantrag)

Die Envivas Krankenversicherung AG (im folgenden Envivas genannt) arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt:

Unternehmen	Übertragene Aufgaben
Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Datenschutzbeauftragter, Rechnungswesen, Steuern, Recht, Unternehmenskommunikation
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck, Versand, Logistik, Eingangspostbearbeitung inkl. Scannen und Archivierung, Kundenkorrespondenz in Vertragsangelegenheiten, telefonischer Kundendienst
Generali Health Solutions GmbH	Durchführung von Gesundheitsprogrammen und deren Evaluation
Central Krankenversicherung AG	Bestandsverwaltung, Kunden- und Leistungsservice, Strategisches Leistungs- und Gesundheitsmanagement, Compliance, Rückversicherung, Versicherungsvertrieb, IT, Geldwäschebeauftragter
Combitel GmbH	Telefonischer Kundendienst, Antragsbearbeitung
Europ Assistance Services GmbH	Telefonischer Kundenservice, Assistancedienstleistungen
Europ Assistance Versicherungs-AG	zusätzliche Assistancelleistungen
Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH	Regressbearbeitung
Institut für medizinische Begutachtungen (IMB), viamed GmbH	Medizinische Begutachtungen
MD Medicus GmbH	Assistancelleistungen im Tarif PflegeXtra
MedCare International Inc. (USA)	Unterstützung und Beratung in Leistungsfragen (nur USA)
Techniker Krankenkasse	Abgleich von Vertragsdaten

Darüber hinaus arbeitet die Envivas mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	Begutachtungen zu medizinischen Fragen, Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen
Beratungsunternehmen	Unterstützung und Beratung in Leistungs- und Abrechnungsfragen im In- und Ausland
Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung
IT-Dienstleister	IT- und Internetservices (z. B. digitaler Antrag)
PR-Berater	Öffentlichkeitsarbeit

Letzte Änderungen: 1. Juli 2018

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

Mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Envivas Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Envivas Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Telefon 0800 425 25 25
Fax 0221 1636 2561
E-Mail info@envivas.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@envivas.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen zur Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.envivas.de/datenschutz abrufen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck der Verhaltensregeln per Post.

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 zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Entscheidung, ob und zu welchen Bedingungen wir den Versicherungsantrag annehmen. Angaben zum Grund und zum Umfang einer medizinischen Behandlung benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und inwieweit ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

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 nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 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 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die Sie gegebenenfalls vor dem 25.05.2018 (also vor Geltung der DSGVO) erteilt haben. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Er berührt nicht die Rechtswirksamkeit der bis zum Eingang des Widerrufs auf der Grundlage der vormaligen Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali 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 hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

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 Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste im Internet (www.envivas.de/Datenschutz) finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der nachfolgenden Übersicht sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.envivas.de/datenschutz entnehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck der Listen per Post.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- und Sozialbehörden oder Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Dauer der Datenspeicherung

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 und der Abgabenordnung Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse 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.

Beschwerderecht

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 - 4
40213 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles 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.

Datenübermittlung in ein Drittland

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.

Informationen zur Kooperation zwischen der Envivas und der TK

1. Personenkreis

Im Rahmen der Kooperation zwischen der Envivas und der TK können sich Personen versichern, die Mitglied der TK sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der TK haben. Der Nachweis über die Mitgliedschaft bzw. den Anspruch auf Familienversicherung bei der TK ist unter Angabe der gültigen TK-Versichertennummer bzw. Krankenversicherthenummer im Versicherungsantrag zu erbringen.

2. Versicherbare Tarife

Auf der Grundlage des Kooperationsvertrages können Krankheitskostenversicherungen nach den Tarifen PraxisExtra, PraxisTop, KlinikSpezial, Akut1, Intensiv, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro sowie die Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif KHT-Plus und die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KT-Plus abgeschlossen werden. Ferner ist der Abschluss eines Pfl egetagegeldes nach Tarif PflegePlus, PflegeAktiv, des Pflege-Assistancetarifs PflegeXtra, der Assistancetarife A1, I1, K1 sowie der Auslandsreisetarife TravelXN, TravelXNG, TravelXF und TravelXLO und TravelXLM möglich.

3. Beiträge

Im Rahmen des Kooperationsvertrages mit der TK ist in die Beiträge der versicherbaren Tarife PraxisExtra, PraxisTop, KlinikSpezial, Akut1, Intensiv, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro, KHT-Plus, KT-Plus, PflegePlus sowie TravelXN und TravelXF ein Beitragsnachlass eingerechnet.

4. Wegfall des Beitragsnachlasses

Der Beitragsnachlass entfällt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der TK oder mit Beendigung des Kooperationsvertrages zwischen der Envivas und der TK. Das Ausscheiden einer versicherten Person aus der TK ist unverzüglich der Envivas mitzuteilen.

Das Versicherungsverhältnis wird in diesem Fall mit den für die Einzelversicherung gültigen Beiträgen fortgesetzt, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit des Tarifs weiterhin erfüllt.

5. Beschränkung der Vertretungsmacht der TK

Die TK ist nur ermächtigt und bevollmächtigt, Anträge auf Abschluss und Änderung von privaten Zusatzversicherungsverträgen der Envivas entgegenzunehmen. Die TK ist nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im Namen der Envivas die privaten Zusatzversicherungsverträge abzuschließen oder rechtsgeschäftliche Erklärungen abzugeben. Die TK ist ebenfalls nicht ermächtigt und bevollmächtigt, die von der Envivas ausgefertigten Versicherungsscheine und Nachträge zum Versicherungsschein im Namen der Versicherungsnehmer entgegenzunehmen und an diese weiterzuleiten. Die TK ist, auch soweit sie an der Aufnahme des Versicherungsantrags beteiligt sein sollte, darüber hinaus nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im laufenden Versicherungsverhältnis Prämien sowie Willenserklärungen und Anzeigen der Versicherten entgegenzunehmen. Prämien sind an die Envivas zu entrichten. Willenserklärungen und Anzeigen sind von den Versicherten gegenüber der Envivas in Textform abzugeben.

Kundeninformation



Kundeninformation der Envivas Krankenversicherung AG bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

Bei Verträgen, die im elektronischen Geschäftsverkehr beantragt werden, hat die Envivas nach § 312i des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch zusätzliche Informationspflichten zu erfüllen. Aus diesem Grund geben wir Ihnen an dieser Stelle die folgenden Hinweise:

1. Welche technischen Schritte sind erforderlich, um den Vertragsschluss über die Website der Envivas herbeizuführen?

Sie können Ihren Antrag auf Krankenversicherungsschutz online ausfüllen und versenden. Erst wenn Sie auf den Button „Antrag auf kostenpflichtigen Vertrag online einreichen“ klicken, werden Ihre Antragsdaten an die Envivas übermittelt. In diesem Moment ist Ihr Online-Antrag verbindlich abgegeben.

Die weitere Vorgehensweise ist abhängig vom gewünschten Versicherungsschutz. Während der Vertrag über eine Auslandsreisekrankenversicherung sofort zu Stande kommt, behalten wir uns in den übrigen Fällen die Prüfung Ihrer Angaben vor. In diesen Fällen erfolgt der Vertragsschluss mit der Zusendung des Versicherungsscheins.

2. Können Sie Ihre Eingaben vor dem Versand an uns noch einmal prüfen und berichtigen?

Bevor Sie Ihren Online-Antrag an die Envivas übermitteln, haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Ihre gemachten Eingaben zu überprüfen. Eingabefehler können Sie über den Button „Ändern“ korrigieren.

3. Wird der Vertragstext von der Envivas nach dem Vertragsschluss gespeichert und ist er Ihnen zugänglich?

Die Envivas speichert die erforderlichen Inhalte des Vertrages nach dem Vertragsschluss. Für Sie besteht die Möglichkeit, Ihre Vertragsdaten im Laufe der Antragstellung bei Bedarf auszudrucken. Nach Vertragsschluss haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz in mündlicher und schriftlicher Form zu erhalten. Online besteht eine Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Vertragsdaten nach dem Vertragsschluss nicht.

4. Welche Sprachen stehen für den Vertragsschluss zur Verfügung?

Die Envivas bietet den Online-Abschluss ausschließlich in deutscher Sprache an.

Widerrufsbelehrung

1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der AVB, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß §312i Absatz a Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Envivas Krankenversicherung AG,
Gereonswall 68,
50670 Köln.

Bei einem Widerruf per Telefax schicken Sie diesen an folgende Faxnummer: 02 21 - 16 36-10 98.

Ein Widerruf per E-Mail ist zu richten an:
kundenservice@envivas.de.

2. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und die Envivas erstattet mir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn ich zugestimmt habe, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf die Envivas in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

3. Besondere Hinweise

Mein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf meinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von mir als auch von der Envivas vollständig erfüllt ist, bevor ich mein Widerrufsrecht ausgeübt habe.

[Ende der Widerrufsbelehrung]