



Antrag auf Krankenzusatztarif SuH für Gesetzlich Versicherte

Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung für die nachstehend aufgeführten Personen nach dem Tarif Sehen und Hören (SuH) bei der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, 90334 Nürnberg.

Der Vertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

Neuantrag

Mitversicherung/Änderung

Vertragsnummer

Abschlussstelle

Betreuungsstelle

Versicherungs-/Änderungsbeginn

0, 1

Antragsteller

Männlich Weiblich

Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Geburtsdatum Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Gesetzliche Krankenversicherung

Hiermit bestätige ich, dass für die nachstehenden Personen eine Mitgliedschaft in einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung besteht:

Person 01 Ja Nein

Person 02 Ja Nein

Person 03 Ja Nein

Der Abschluss des Tarifs SuH ist nur möglich, wenn die zu versichernde Person Mitglied in einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Zu versichernde Personen, Tarife, Beiträge

	Tarif	Beitrag in EUR
01 Vorname (Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) Geburtsdatum <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	SuH	
02 Vorname (Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) Geburtsdatum <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	SuH	
03 Vorname (Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) Geburtsdatum <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	SuH	
Monatsbeitrag		

Monatsbeiträge in EUR

Alter	bis 20	21 – 60	ab 61
Beitrag	9,12	10,95	19,46

Beitragszahlweise monatlich

Abweichend: ¼-jährlich ½-jährlich jährlich

Zahlweg

Lastschrift Überweisung

SEPA-Lastschriftmandat

Konzerngesellschaft

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

Gläubiger-Identifikations-Nr.

DE14ZZZ00000057335

Mit diesem Formular **ermächte** ich die vertragsführende Konzerngesellschaft zum Lastschrifteinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer(n) mitteilen.

Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)

Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht VN)

Herr Frau Firma

Familienname, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz)

PLZ Wohnort (Hauptwohnsitz)

Ich ermächte die oben genannte Konzerngesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Konzerngesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

IBAN

BLZ Kontonummer
D, E

Geldinstitut

BIC (sofern zur Hand)

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum

X

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Vertrag verwenden zu dürfen, benötigt die jeweils vertragsführende Gesellschaft, die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG – nachfolgend NÜRNBERGER genannt –, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung, sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der NÜRNBERGER unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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

– durch die NÜRNBERGER selbst (unter 1.), – bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER (unter 2.)

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER

Die NÜRNBERGER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die NÜRNBERGER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die NÜRNBERGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NÜRNBERGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.nuernberger.de/datenschutz eingesehen oder bei NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NÜRNBERGER Ihre Einwilligung.

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

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

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

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

Unterschrift des Antragstellers und der (haupt)versicherten Person(en)

Bevor Sie dieses Antragsformular unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die „Wichtigen Hinweise zum Antrag“. Die Unterschrift des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) gilt für alle vorstehend gesondert hervorgehobenen datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen. Sämtliche Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärungen zum Inhalt Ihres Antrags.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Zeichnungsberechtigten

Unterschrift (Vor- und Zuname) der (haupt)versicherten Person(en) – wenn nicht Antragsteller –, der gesetzlichen Vertreter, falls minderjährig und der gesetzlich vertretenen Person

Verbraucherinformationen

Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die „Information zur Antragstellung“ auf den Folgeseiten. Die Verbraucherinformationen habe ich (in Papierform oder/und in elektronischer Form wie z. B. gebrannte CD, USB-Stick) vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.

Ort _____ Datum _____
Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Zeichnungsberechtigten

Verbraucherinformationen

Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) die Verbraucherinformationen in folgender Form zur Verfügung gestellt:

Papier Datenträger (z. B. gebrannte CD, USB-Stick) E-Mail _____

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragsklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Vermittlers Vermerke des Vermittlers _____

Vermittelt durch:

Name, Ansprechpartner, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort _____

E-Mail-Adresse, Telefon-/Faxnummer _____

In Kooperation mit:

Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort _____

E-Mail-Adresse, Telefon-/Faxnummer _____

Dienstleisterliste (IS023_201510)

Die Dienstleisterliste schafft für Sie als Kunde Transparenz. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

I. Überblick über die Verarbeitung von personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, z. B. Gesundheitsdaten, in der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG NÜRNBERGER Pensionsfonds AG NÜRNBERGER Pensionskasse AG NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	NÜRNBERGER SofortService AG ALLYSCA Assistance GmbH Malteser Hilfsdienst gGmbH Europ Assistance Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung Telefon- und Servicedienstleistungen, Assistance-Leistungen Assistance-Leistungen Assistance-Leistungen
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG GARANTA Versicherungs-AG	NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.	NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung

II. Ergänzend bestehen folgende Dienstleistungsverhältnisse, bei denen die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	NÜRNBERGER Beteiligungs-Aktiengesellschaft NÜRNBERGER Lebensversicherung AG und NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG NÜRNBERGER CommunicationCenter GmbH GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG	Revision, Rechtsabteilung IT-Dienstleistung, Rechnungswesen, Vertrieb Telefon- und Servicedienstleistungen Datenübermittlungen an Vermittler und Dienstleister

III. Diese in Kategorien zusammengefassten Dienstleister nehmen keine Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags vor. Hierunter fallen auch Dienstleister, die nicht dauerhaft tätig sind.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittlung Assisteure Druckdienstleister Entsorgungsdienstleister Gutachter Inkassounternehmen IT-Dienstleister Marktforschung Rechtsanwaltskanzleien Rückversicherungsunternehmen Wirtschaftsprüfer	Adressverifikation Assistance-Leistungen Dokumentenerstellung Dokumentenvernichtung Anspruchsprüfung Forderungseinzug Wartung der Informationstechnologie Marktforschung Prozessführung, Forderungseinzug Monitoring Buchprüfung

IV. An gemeinsamer Datensammlung für Stammdaten (z. B. Name, Anschrift, Vertragsart) teilnehmende Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe

NÜRNBERGER Beteiligungs-Aktiengesellschaft
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Pensionsfonds AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH
NÜRNBERGER Versicherungs- und Bauspar-Vermittlungs-GmbH
GARANTA Versicherungs-AG
Fürst Fugger Privatbank Aktiengesellschaft
NÜRNBERGER SofortService AG
NÜRNBERGER CommunicationCenter GmbH
NÜRNBERGER Investment Services GmbH
NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.

V. Hinweis

Das Bundesdatenschutzgesetz sieht neben dem Auskunftsrecht des Betroffenen auch gegebenenfalls Ansprüche auf Berichtigen, Löschen und Sperren vor. Sie sind nach dem Bundesdatenschutzgesetz berechtigt, dem Verarbeiten bzw. Nutzen Ihrer Daten zum Zweck der Werbung schriftlich, telefonisch unter 0911 531-5 oder per E-Mail an info@nuernberger.de zu widersprechen. Dies gilt auch, wenn Ihre der Datenübermittlung an Dienstleister entgegenstehenden schutzwürdigen Interessen überwiegen.

Ergänzende Informationen zum Datenschutz und zum Beitritt der NÜRNBERGER Versicherungsunternehmen zu den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ erhalten Sie unter <http://www.nuernberger.de/datenschutz>. Dort finden Sie unter „Umgang mit Kundendaten“ immer eine aktuelle Version dieser Dienstleisterliste.

Produktinformationsblatt nach § 4 der Verordnung über Versicherungsverträge (VVG-InfoV)

Folgende Informationen sind für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrags besonders wichtig. Zusätzlich geben sie die wesentlichen Vertragsmerkmale wieder. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Weiterhin dem Vertrag zugrunde liegende Bestimmungen finden Sie auch in dem Merkblatt zum Datenschutz und den gesetzlichen Regelungen (Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen – VVG-InfoV, Versicherungsaufsichtsgesetz und Versicherungsvertragsgesetz).

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Krankheitskosten-Versicherung

2. Welches Risiko ist versichert?

SuH 100%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für Sehhilfen (max. 300 EUR innerhalb von 24 Monaten), 100%ige Kostenerstattung für Laserbehandlungen (max. 750 EUR je Auge ab dem 25. Versicherungsmonat, erneuter Anspruch nach Ablauf von 60 Monaten), 100%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für Hörgeräte (max. 800 EUR je Ohr innerhalb von 36 Monate), 80%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für sonstige Hilfsmittel wie Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankenfahrstühle und Beatmungsgeräte (max. 300 EUR innerhalb von 24 Monaten). Leistungsbegrenzung in den ersten 12 Monaten auf 100 EUR und in den ersten 24 Monaten auf 200 EUR. Versicherungsfähig sind ausschließlich GKV-versicherte Personen. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100 % bzw. 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den genannten Höchstbeträgen erstattet.

Erstattet werden jeweils die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Leistungen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Paragraphen „**Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**“ und „**Umfang der Leistungspflicht**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen?

Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet zahlen?

Den von Ihnen gewählten, monatlichen Gesamtbeitrag für die von uns angebotenen Leistungen entnehmen Sie bitte dem Angebots- und Antragsformular.

Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

1 % bei ¼-jährlicher Zahlung

2 % bei ½-jährlicher Zahlung

4 % bei Jahreszahlung gewährt.

Der Beitrag könnte sich im Rahmen der Risikoprüfung aufgrund Ihres Gesundheitszustands durch etwaige zu erhebende Zuschläge noch erhöhen.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Zahlung ist aber noch rechtzeitig, wenn Sie spätestens am Tag des Versicherungsbeginns zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, genügt es, wenn Ihr Konto zu oben genannten Terminen gedeckt ist und der Beitrag abgebucht werden kann.

Wird der Erst- bzw. Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann das unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Beitragszahlung**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. Welche Leistungen und Risiken sind ausgeschlossen?

SuH Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Beträge, die über die Höchstsätze der GOÄ bzw. GebÜH liegen, werden nicht erstattet.

Sollten sich aufgrund der Risikoprüfung individuelle Risikoausschlüsse ergeben, finden Sie diese im Versicherungsschein.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sie müssen bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme noch weitere gefahrerhebliche Umstände wissen will, müssen Sie auch diese Umstände noch angeben. Die nicht wahrheitsgemäßen oder unvollständigen Anzeigen können u. a. dazu führen, dass Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalles keinen Versicherungsschutz haben.

Bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Schließen Sie als versicherte Person bei einem weiteren Versicherer einen Tarif ab, der Aufwendungen für Zahnersatz erstattet, sind Sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Tarif abgeschlossen, der Aufwendungen für Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie erstattet, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Kommen Sie dieser Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nach, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Obliegenheiten**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

Werden die Obliegenheiten, die bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer leistungsfrei. Handelt der Versicherungsnehmer bei der Erfüllung der Obliegenheiten grob fahrlässig, können die Leistungen gekürzt werden. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Obliegenheiten**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn Police), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Er endet bei wirksamer Kündigung durch den Versicherungsnehmer bzw. Versicherer sowie bei Obliegenheitsverletzungen – vgl. Punkt 3, 5 bis 7.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Beginn/Ende des Versicherungsschutzes**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahrs; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Informationsblatt zu Ihrem Krankenversicherungsvertrag nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

1. Sitz und Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG,
Sitz und Registergericht: Nürnberg HR B 10668
Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft
Kontaktadresse:
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-3206
info@nuernberger.de, www.nuernberger.de
Bankverbindung: Deutsche Bank AG Nürnberg
IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00, BIC: DEUTDEMM760

2. Ansprechpartner im Ausland

Entfällt.

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg,
vertreten durch den Vorstand Christian Barton, Andreas Lauth, Fritz Schmidt

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Aufsichtsbehörde

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Postfach 1253, 53002 Bonn.

5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Medicator AG, Bayernthalgürtel 26, 50968 Köln

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Anwendbares Recht

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht insb. den Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Zugrundeliegende Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterlagen beigelegt.

Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung

Angaben über die Art, den Umfang, die Fälligkeit und die Erfüllung der Leistung des Versicherers finden Sie in den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den Paragraphen „Umfang der Leistungspflicht“, „Einschränkung der Leistungspflicht“, und „Auszahlung der Versicherungsleistung“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Geldleistungen des Versicherers sind mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Die Beiträge für die von uns angebotenen Leistungen entnehmen Sie bitte dem Eintrag im Antragsformular.

Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
1 % bei ¼-jährlicher Zahlung
2 % bei ½-jährlicher Zahlung
4 % bei Jahreszahlung gewährt.

8. Zusätzliche Kosten

Weitere Gebühren und Kosten werden nicht erhoben.

9. Einzelheiten hinsichtlich Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten sowie dem Paragraphen „Beitragszahlung“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Angaben, insb. hinsichtlich der Höhe des Beitrags, gelten, soweit uns innerhalb der nächsten 4 Wochen Ihr verbindlicher Antrag auf Abschluss des oben genannten Versicherungsvertrags vorliegt. Beitragsänderungen wegen etwaiger Beitragsanpassungen bzw. im Rahmen der Risikoprüfung notwendiger Zuschläge sind nicht berücksichtigt.

11. Kapitalanlagerisiko

Entfällt.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrags

– Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „Beginn des Versicherungsschutzes“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen, 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. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Fax 0911 531-3206
E-Mail: info@nuernberger.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zurück, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, den Sie nach folgender Formel errechnen können: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 der Monatsprämie.

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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

14. Laufzeit/Mindestlaufzeit des Vertrags

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Das 1. Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „Dauer des Versicherungsvertrags“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Krankheitskostenversicherung beim Tarif SuH.

15. Beendigung des Vertrags

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten in Schriftform kündigen.

Ein Sonderkündigungsrecht haben Sie bei:

- Beitragsanpassungen aufgrund Erreichen eines bestimmten Lebensalters
- sonstigen Beitragsanpassungen

Das Versicherungsverhältnis endet weiterhin mit dem Tod des Versicherungsnehmers und insoweit mit dem Tod einer versicherten Person.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Paragraphen „Kündigung durch den Versicherungsnehmer“ und „Kündigung durch den Versicherer“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. Abweichendes Recht bei Vertragsanbahnungen

Entfällt.

17. Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht und über das zuständige Gericht

Anwendbares Recht:

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gerichtstand:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Unsere Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir gegen Sie an dem für Ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt örtlich zuständigen Gericht geltend machen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „Gerichtsstand“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

18. Sprachen der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und der Vorabinformationen

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie zum Beispiel die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache erfolgen.

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222, 10052 Berlin, Telefon 0800 2 55 04 44*, Fax 030 20458931
www.pkv-ombudsmann.de

* kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen

20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 1253, 53002 Bonn.

Wichtige Hinweise zum Antrag

1. Versicherungsdauer

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Bei dem Tarif SuH rechnet das erste Versicherungsjahr vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen wurden mit dem Antragsformular ausgehändigt oder werden bei der Unterbreitung eines Angebots ausgehändigt.

3. Abschluss des Vertrags

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn das Unternehmen schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Informationen zur Antragstellung

Für die weitere Bearbeitung meines Antrags ist es wichtig, dass ich die Verbraucherinformationen gemäß der Informationspflichten nach § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vollständig erhalten haben.

Diese Informationen umfassen das „Produktinformationsblatt“ nach § 4 der Verordnung (VVG-InfoV), die „Allgemeinen Informationen nach § 1 VVG-InfoV“, die „Zusätzlichen Informationen nach § 3 VVG-InfoV“, die „jeweiligen Vertragsbedingungen“, die „Zusätzlichen Vereinbarungen und Erklärungen“, sowie den „Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“.

Antragsmodell

Wenn ich die Verbraucherinformationen vollständig erhalten habe und dies im Antragsformular bestätige, stelle ich einen Antrag auf den von mir gewünschten Versicherungsschutz. Die NÜRNBERGER kann meinen Antrag in diesem Fall sofort annehmen, sofern keine medizinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen.

Invitativmodell

Kann die NÜRNBERGER meinen Antrag aus eben genannten Gründen nur zu geänderten Bedingungen annehmen, erhalte ich von der NÜRNBERGER ein an mich gerichtetes Angebot auf Abschluss des Versicherungsvertrags mit den erforderlichen Änderungen und den dazugehörigen vollständigen Verbraucherinformationen.

Sollten mir die Verbraucherinformationen vor der Antragstellung nicht vollständig vorliegen, handelt es sich – sofern ich nicht gesondert auf einzelne noch fehlende Unterlagen ausdrücklich verzichte – nicht um einen Antrag, sondern um eine Aufforderung an die NÜRNBERGER zur Vorlage eines an mich gerichteten Angebots. Der Versicherungsschein kann in diesem Fall nicht sofort ausgestellt werden. Ich erhalte das gewünschte, an mich gerichtete Angebot auf Abschluss des Versicherungsvertrags, sofern keine medizinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen. Dieses Angebot enthält die vollständigen Verbraucherinformationen.

Dem an mich gerichteten Angebot liegt eine sogenannte Annahmeerklärung bei. Bin ich mit dem Angebot einverstanden, nehme ich dieses an, indem ich die Annahmeerklärung unterschrieben zurück an die NÜRNBERGER sende. Ich erhalte erst dann den Versicherungsschein.

Ich habe nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ein 14-tägiges Widerrufsrecht. Diese Frist beginnt unabhängig von den eben genannten Verfahrensweisen mit dem Zugang des Versicherungsscheins und der vollständigen Verbraucherinformationen.

Dem Versicherungsschein bzw. dem an mich gerichteten Angebot der NÜRNBERGER liegen alle Verbraucherinformationen (nochmals) bei.

Widerrufsrecht

Mein Vertrag gilt nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz auf der Grundlage des Versicherungsscheins und der für meinen Vertrag maßgeblichen Verbraucherinformationen (z.B. Versicherungsbedingungen) als abgeschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung dieser Unterlagen sowie nach Zugang der gesetzlich vorgesehenen Widerrufsbelehrung in Textform (z.B. Brief, Fax, Mail) widerrufe. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit meines Widerrufs ist dessen Absendedatum.

Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Fax 0911 531-4116

E-Mail: info@nuernberger.de

*Sofern diese Gegenstand des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrags sind.

Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift

Für die Durchführung der Beitragszahlung mittels SEPA-Basislastschrift gelten diese Bestimmungen:

1. Erteilung des SEPA-Basislastschriftmandats

(1) Der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der Versicherungsnehmer den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weist er seinen Zahlungsdienstleister (in der Regel seine kontoführende Bank) an, die von dem Versicherer auf das Konto des Versicherungsnehmers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen.

(2) Das SEPA-Basislastschriftmandat enthält ferner

- den Namen des Versicherers, seine Adresse und seine Gläubiger-Identifikationsnummer.
- die Angabe, ob das Mandat für wiederkehrende Zahlungen oder eine einmalige Zahlung gegeben wird.
- den Namen, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des Versicherungsnehmers.

(3) Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert vergeben und dem Versicherungsnehmer nachträglich bekannt gegeben.

(4) Wird statt des Versicherungsnehmers eine andere Person als Beitragszahler (= abweichender Beitragszahler) vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

2. Vorabankündigung (Pre-Notification)

(1) Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer den SEPA-Basislastschritteinzug spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der 1. SEPA-Basislastschriftzahlung ankündigen beziehungsweise im Rahmen einer Einmalzahlung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der einmaligen SEPA-Basislastschriftzahlung (Vorabankündigung/Pre-Notification).

(2) Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen erfolgt eine einmalige Vorabankündigung vor dem 1. SEPA-Basislastschritteinzug; verändert sich der einzuziehende Lastschriftbetrag (z.B. durch eine Beitragserhöhung), erhält der Versicherungsnehmer eine neuerliche Vorabankündigung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit des neuen Lastschriftbetrags.

(3) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

3. Besonderheiten bei abweichendem Beitragszahler

(1) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, erteilt dieser dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der abweichende Beitragszahler den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen, und weist zugleich seinen Zahlungsdienstleister an, die von dem Versicherer auf das Konto des abweichenden Beitragszahlers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen. Im SEPA-Basislastschriftmandat sind der Name, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des abweichenden Beitragszahlers aufzunehmen.

(2) Die Mitteilung der Mandatsreferenznummer nach Ziffer 1 (3) sowie die Vorabankündigung (Pre-Notification) nach Ziffer 2 werden gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem abweichenden Beitragszahler vorgenommen.

(3) Der Versicherungsnehmer als unser Vertragspartner ist verpflichtet, Änderungen beim abweichenden Beitragszahler (insbesondere eine Adressänderung) unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass der abweichende Beitragszahler mit der Übermittlung der Änderungen der personenbezogenen Daten an den Versicherer einverstanden ist. Kann eine Lastschrift nicht eingelöst werden, weil der Versicherungsnehmer diese Pflicht nicht erfüllt hat, muss er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden ersetzen.

4. Haftung bei Rücklastschriften

Verursacht der Versicherungsnehmer schuldhaft eine Rücklastschrift (z.B. durch unrichtige Angaben im SEPA-Basislastschriftmandat oder durch Unterlassen der Mitteilung von Änderungen), hat er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG · Aufsichtsrat: Dr. Wolf-Rüdiger Knocke (Vorsitzender)

Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Fritz Schmidt

Sitz und Registergericht Nürnberg HR B 10668

Deutsche Bank AG Nürnberg, BIC: DEUTDE33HAN, IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00

Anschrift der Generaldirektion: ☒ 90334 Nürnberg, Ostendstraße 100 · ☎ 90482 Nürnberg, Ostendstraße 100 · Telefon 0911 531-5 · Fax -3206
info@nuernberger.de · www.nuernberger.de

Beratungsbogen zur Absicherung bei Krankheit – Zusatzversicherung

Tarif Sehen und Hören

Persönliche Daten

Kunde

1. VP (Kunde)

Name, Vorname

Geburtsdatum
____/____/____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Arbeitnehmer Beamter
 Selbstständig Nicht erwerbstätig

2. VP

Name, Vorname

Geburtsdatum
____/____/____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Arbeitnehmer Beamter
 Selbstständig Nicht erwerbstätig

3. VP

Name, Vorname

Geburtsdatum
____/____/____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Arbeitnehmer Beamter
 Selbstständig Nicht erwerbstätig

4. VP

Name, Vorname

Geburtsdatum
____/____/____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Arbeitnehmer Beamter
 Selbstständig Nicht erwerbstätig

Weitere Gesprächsteilnehmer

Ort des Gesprächs

Die Beratung erfolgte

Anlass des Gesprächs

Die Wünsche des Kunden sollen nach Klärung der Bedürfnisse gemäß Versicherungs-Check vom _____ analysiert und bewertet werden.

Der Kunde wünscht, das Beratungsgespräch auf den/die konkreten Bereich(e) zu beschränken:

- Vorsorgeberatung
- Hab und Gut (Schadenversicherung)
- Gesundheitsvorsorge
- _____

Folgetermin Ja, am _____
 Folgetermin nicht gewünscht

Sachkunde (Vorkenntnisse) des Kunden

Der Kunde benötigt eine umfassende, detaillierte Beratung zu den Möglichkeiten und Erfordernissen einer Kranken-Zusatzversicherung.

Nein Ja

Bedarfsanalyse Allgemein

- Eine Bedarfsanalyse wurde vom Kunden ausdrücklich nicht gewünscht
- Eine Bedarfsanalyse wurde separat durchgeführt
- Eine Bedarfsanalyse erfolgte über den NÜRNBERGER Versicherungs-Check
- _____

Beratungsdaten der zu versichernden Personen

1. VP Name, Vorname _____ Geburtsdatum ____/____/____	2. VP Name, Vorname _____ Geburtsdatum ____/____/____	3. VP Name, Vorname _____ Geburtsdatum ____/____/____	4. VP Name, Vorname _____ Geburtsdatum ____/____/____
--	--	--	--

Derzeitiger Versicherungsschutz

Gesetzliche Krankenversicherung

1. VP Name der Krankenkasse _____	2. VP Name der Krankenkasse _____	3. VP Name der Krankenkasse _____	4. VP Name der Krankenkasse _____
--	--	--	--

Krankenkassenwechsel angesprochen

Private Krankenzusatzversicherung

1. VP Name der PKV _____ Tarife _____ _____	2. VP Name der PKV _____ Tarife _____ _____	3. VP Name der PKV _____ Tarife _____ _____	4. VP Name der PKV _____ Tarife _____ _____
---	---	---	---

Beendigung bestehender Versicherungen

Sollen bestehende Versicherungen zur Kranken-Zusatzversicherung weiterbestehen?

Nein Ja

Falls „Nein“, sind die folgenden möglichen Nachteile zu beachten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neue Abschlusskosten | <input type="checkbox"/> Verlust der angesparten Alterungsrückstellungen (vollständig oder teilweise) |
| <input type="checkbox"/> Neue Gesundheitsprüfung | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Auszahlung der Beitragsrückerstattung erlischt |
| <input type="checkbox"/> Höherer Beitrag | <input type="checkbox"/> Wegfall versicherter Risiken und Änderungen wesentlicher Leistungsinhalte |
| <input type="checkbox"/> Steuerliche Auswirkung | |

Die Berechnung der optimalen Krankentagegeldleistungen im Krankheitsfall wurde vom Kunden ausdrücklich nicht gewünscht

Produktanalyse

Gewünschte Art der Absicherung nach Erklärung des zur Auswahl stehenden Produkts

Versorgungslücke im Bereich Sehen und Hören schließen

Beratungsergebnis

Empfohlene Absicherung

Zusatzversicherung, Tarif SuH

Begründung für die empfohlene Absicherung

- ... Zuzahlung bei Brillen und Kontaktlinsen
 ... Zuzahlung bei Laseroperationen am Auge (z. B. LASIK, LASEK)
 ... Zuzahlung bei Hörgeräten und anderen Hilfsmitteln

Antrag

Gewünschte Absicherung

Zusatzversicherung, Tarif SuH

Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden im Antrag vom _____

Verzicht

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des Vermittlers hat der Kunde folgende Art der Absicherung nicht gewählt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Versorgungslücke bei längerer Arbeitsunfähigkeit schließen | <input type="checkbox"/> Lücken in der GKV schließen |
| <input type="checkbox"/> Bessere Versorgung im Krankenhaus (Chefarzt und Unterkunft im 1- bzw. 2-Bett-Zimmer) | <input type="checkbox"/> Krankentagegeld für Zuzahlungen |
| <input type="checkbox"/> Bessere Versorgung im Krankenhaus (Chefarzt und Unterkunft im 2-Bett-Zimmer) | <input type="checkbox"/> Bessere Leistungen beim Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Bessere Versorgung im Krankenhaus bei einem Unfall (Chefarzt und Unterkunft im 2-Bett-Zimmer) | <input type="checkbox"/> Erhalt von staatlich gefördertem Pflegemonatsgeld |
| <input type="checkbox"/> Versorgungslücke im Bereich Alternative Medizin, Heilpraktiker, Osteopathie schließen | <input type="checkbox"/> Zusätzliche Leistungen im Pflegefall |
| <input type="checkbox"/> Sicherung des derzeitigen Gesundheitszustands für eine zukünftige private Vollversicherung | |

Weitere Details zum Versicherungsumfang regelt der Versicherungsschein

Zusätzliche Hinweise

Ratingergebnis

Assekurata:

Die NKV kann stolz sein auf ihr aktuelles Rating-Ergebnis von Assekurata. Im Folgerating 12.2015 erhielt die NKV zum 14. Mal in Folge das Qualitätsurteil A+ „sehr gut“. Das Rating basiert auf Daten aus den Geschäftsberichten, auf vertraulichen Unternehmensinformationen und Kundenbefragungen.

Fitch verleiht IFS „A“ Ratings der NÜRNBERGER Allgemeine, Lebens- und Krankenversicherung.

Fitch Ratings – London/Frankfurt: Fitch Ratings hat die „A+“ Finanzstärkeratings (IFS-Ratings) der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG (NLV), NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG (NAV) und der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG (NKV) bestätigt.

Gleichzeitig verleiht Fitch den genannten Gesellschaften wieder das begehrte Finanzstärke-Siegel, welches nur an Versicherer mit starker Finanzkraft verliehen wird.

Die Ratings reflektieren die starke Kapitalposition der gesamten NÜRNBERGER Versicherungsgruppe sowie das Potenzial der diversifizierten Vertriebskanäle.

Dauer des Gesprächs

von/bis

Hiermit bestätige ich, den **Beratungsbogen zur Absicherung bei Krankheit – Zusatzversicherung** (bestehend aus 2 Seiten) erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort

Datum

Unterschrift Gesprächsteilnehmer

X _____

Unterschrift Vermittler

X _____

Angaben zum Vermittler

Ansprechpartner (Vor- und Zuname)

E-Mail

Telefax

Straße, Hausnummer

Telefon 1

Telefon 2

PLZ, Ort

Registrierungsnummer

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

(KV752_201404)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeld-Versicherung bestehen aus 2 Teilen, einem allgemeinen Teil I und einem tarifspezifischen Teil II. Teil I enthält die grundsätzlichen Festlegungen, die für alle nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Krankheitskostentarife gelten. Der je Tarif gesondert bestehende Teil II enthält die für den entsprechenden Tarif gültigen Regelungen. Dazu zählt insbesondere die genaue Beschreibung des Leistungsumfangs.

Teil I Allgemeine Bedingungen

Inhalt

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Dauer des Versicherungsvertrages
- § 4 Wartezeiten
- § 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 6 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 7 Beitragszahlung
- § 7a Beitragsberechnung
- § 7b Beitragsanpassung
- § 8 Obliegenheiten
- § 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 10 Ansprüche gegen Dritte
- § 11 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 13 Kündigung durch den Versicherer
- § 14 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 15 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 16 Gerichtsstand
- § 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 18 Sonstiges

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Gegenstand der Versicherung

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 Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhausstagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhausstagegeld.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Ob und in welchem Umfang für den Versicherungsfall geleistet wird, ergibt sich aus dem für die versicherte Person vereinbarten Tarif. 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) sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen sowie Schutzimpfungen,
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Allgemeine Bedingungen, Teil II Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er wird durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes schriftlich unterrichtet wird (vgl. aber § 14 Absatz 3). Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 2 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(5) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Grundsätzliche Regelung

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) Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

(3) Versicherungsschutz bei Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes ohne Wartezeit gemäß Absatz 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Abschluss und Dauer der Versicherung

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für 2 Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je 1 Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

(2) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes ist ein Rumpffahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeiten

(1) Beginn der Wartezeit

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.

(4) Erlass von Wartezeiten

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Dies kann auch über ein Formblatt des Versicherers erfolgen. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(5) Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten

Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Leistungsanspruch bei Vorerkrankungen

Wird eine im Versicherungsantrag angezeigte Krankheit im Versicherungsschein nicht ausgeschlossen oder gegen Risikozuschlag mitversichert, dann besteht Anspruch auf Leistungen für die nach Ablauf der Wartezeit erforderliche Heilbehandlung.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung

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

(2) Nachweise

Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum.

Wenn nur Krankenhausstagegeld gezahlt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält. Der Nachweis ist nach Beendigung der stationären Behandlung alsbald zu führen, bei längerem Krankenhausaufenthalt können Zwischennachweise vorgelegt werden.

(3) Hinweise für das Einreichen von Rechnungen

Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung alsbald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(4) Gesetzliche Bestimmungen

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

(5) Leistungsempfänger

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

(6) Umrechnung von in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten in Euro

Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist, insbesondere durch Bankbeleg, nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Überweisungskosten werden nicht erhoben, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können. Andernfalls werden sie von den Leistungen abgezogen. Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

(8) Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 6 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitragszahlung

(1) Festlegung von Monatsbeiträgen

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Monatsbeiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Regelung bei nicht monatlicher Beitragszahlung

Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 1 % bei ¼-jährlicher Zahlung
2 % bei ½-jährlicher Zahlung
4 % bei Jahreszahlung gewährt.

Wird der bei nicht monatlicher Beitragszahlung der Monatsbeitrag während einer Zahlungsperiode neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Zahlungsperiode nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(3) Mitversicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern

Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 bzw. der Versicherung von Adoptivkindern gemäß § 2 Absatz 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. die Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(4) Zahlung des Erstbeitrages

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

(5) Folgen bei Nichtzahlung des Beitrags

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

(6) Mahnkosten

Für jede Mahnung werden Mahnkosten erhoben.

(7) Beendigung des Versicherungsverhältnisses

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 der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(8) Entrichtung der Beiträge

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

§ 7a Beitragsberechnung

(1) Gesetzliche Vorschriften zur Beitragsberechnung

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

(2) Beitragszuschläge bei Beitragsänderungen

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

(3) Beitragszuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

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.

§ 7b Beitragsanpassung

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung 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.

(2) Absehen von einer Beitragsanpassung

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) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung

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

§ 8 Obliegenheiten

(1) Anzeigepflicht einer Krankenhausbehandlung

Bei einer Krankenhaustagegeld-Versicherung ist jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Auskunftspflicht

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 5 Absatz 5) 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) Ärztliche Untersuchung

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

(4) Schadenminderung

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

(5) Unterrichtung bei anderweitigen Versicherungsschutz

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Abschluss einer Krankenhaustagegeld-Versicherungen bei einem anderen Versicherer

Eine weitere Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Auswirkungen von Obliegenheitsverletzungen auf die Leistungspflicht des Versicherers

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Wird eine der in § 8 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(2) Kenntnis und Verschulden einer Obliegenheitsverletzung

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

§ 10 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Durchsetzung von Ersatzansprüchen

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) Folgen bei Verletzung der Pflicht zur Abtretung und Durchsetzung von Ersatzansprüchen

Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Verfahren bei Anspruch auf Rückzahlung bereits gezahlter Entgelte

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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Kündigungszeitpunkt und Kündigungsfrist

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Beschränkung der Kündigung

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

(3) Vertraglich geregelte Beitragserhöhung

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöhung von Beitrag bzw. Selbstbehalt oder Minderung der Leistungen

Erhöht der Versicherer die Beiträge oder einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 17 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitrags-

erhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von 2 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.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Beschränkung der Kündigung

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

(4) Rücktritt bei Verletzung der Anzeigepflicht

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Absatz 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung 3 Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Beendigung durch Tod des Versicherungsnehmers

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

(2) Beendigung durch Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Ausland

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

(4) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(5) Beendigung bei Ausscheiden aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt. Die versicherte Person hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 16 Gerichtsstand

(1) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

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

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Anpassung mit Treuhänderzustimmung

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) Ersetzung einzelner Regelungen

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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 2 Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 18 Sonstiges

Ein Auszug aus den Gesetzestexten, der insbesondere die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.

ANHANG

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen sind in diesem Anhang abgedruckt. Er enthält Auszüge aus folgenden Gesetzen:

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Gesetz über den Versicherungsvertrag (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 Abschlagszahlung in Höhe des Betrages 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 Abschluss 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.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsschluss: dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

§ 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 grobe 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 vom 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 die Rechtsfolge hingewiesen hat.

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstbeitrag

(1) Wird der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist der einmalige oder der erste Beitrag 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 durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgebeitrag

(1) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Beiträge, 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 des Beitrags oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskosten-Versicherung, 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 5.000,00 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,00 EUR. 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

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

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.

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

(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 sich 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den ambulanten Zusatztarif Sehen und Hören (SuH) für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV785_201404)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

- § 1 Versicherungsfähigkeit
- § 2 Versicherungsleistungen
- § 3 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 4 Sonstige Tarifbestimmungen
- § 5 Monatsbeiträge

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs SuH

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif SuH ersetzt Aufwendungen für

a) Sehhilfen

Die Aufwendungen für zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit dienenden Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen) werden zu 100 % erstattet. Die Erstattung umfasst die erstmalige Ausstattung und die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Sehhilfen.

Die Summe der Versicherungsleistung innerhalb von 24 Monaten ist auf 300,00 EUR begrenzt.

b) Laserverfahren

Die Aufwendungen für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) werden zu 100 % erstattet, jedoch maximal 750,00 EUR pro Auge. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 60 Monaten.

c) Hörgeräte

Die Aufwendungen für vom Arzt verordnete Hörgeräte werden zu 100 % erstattet.

Dabei ist die Versicherungsleistung je Ohr auf 800,00 EUR innerhalb von 36 Monaten begrenzt. Aufwendungen für Gebrauch (z. B. Batterien) und Pflege (z. B. Reinigungsmittel) sind nicht erstattungsfähig.

d) sonstige Hilfsmittel

(Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte)

Die Aufwendungen für vom Arzt verordnete Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankenfahrstühle und Beatmungsgeräte werden zu 100 % erstattet.

Die Summe der Versicherungsleistung innerhalb von 24 Monaten ist auf 300,00 EUR begrenzt.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis d) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten 24 Monaten

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung für die in Abs. 1 genannten Leistungsinhalte des Tarifs SuH auf

- 100,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate
- 200,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate

begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bzw. bei Laserbehandlungen zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I der AVB sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(5) Leistungserbringer und Behandlungsarten

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder in medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten frei.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlung durch Ärzte, 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 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

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

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 1 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden.

Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 60 Jahren sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil I der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.