



# **Zahn-Zusatzversicherungen. Grundlagen Ihres Krankenversicherungs- vertrages und weitere Informationen.**

Stand: November 2023



**württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.

# Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	<b>Seite</b>
<b>Übersichtsblatt</b> – Verbraucherinformationen auf einen Blick .....	3
<b>Informationsblatt</b> der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht .....	4
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnzusatzversicherung (ZZ75) .....	5
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnzusatzversicherung (ZZ90) .....	6
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnzusatzversicherung (ZZ100) .....	7
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnzusatzversicherung (ZZB) .....	8
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnzusatzversicherung (ZZBPlus) .....	9
<b>Informationsblatt</b> zur Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte GKV und im Basistarif Zahn & Brille (BZGU20) .....	10
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnersatz-Zusatzversicherung für Versicherte GKV und im Basistarif (ZGU30) .....	11
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnersatz-Zusatzversicherung für Versicherte GKV und im Basistarif (ZGU50) .....	12
<b>Informationsblatt</b> zur Zahnersatz-Zusatzversicherung für Versicherte GKV und im Basistarif (ZGU70) .....	13
<b>Informationsblatt</b> zur eKrankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung (ZBU) .....	14
<b>Datenschutzhinweise</b> .....	15
<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)</b> für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung .....	17
<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/S)</b> für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung .....	24
<b>Tarife Zahnersatz75 (ZZ75), Zahnersatz90 (ZZ90), Zahnersatz100 (ZZ100) –</b> Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge .....	28
<b>Tarif Zahnbehandlung (ZZB) –</b> Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge .....	30
<b>Tarif ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus) –</b> Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge .....	32
<b>Tarif Zahn und Brille (BZGU20) –</b> Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif .....	34
<b>„Schöne Zähne“ Tarif ZGU – Zahnersatz-Zusatztarif</b> für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif .....	35
<b>„Zahnbehandlung“ Tarif ZBU –</b> Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung .....	35
<b>Besondere Bedingungen</b> für das Ruhen der Krankenversicherung .....	36
<b>Besondere Vereinbarung</b> für das Erweiterte Ruhen der Krankenversicherung .....	36
<b>Besondere Bedingungen</b> für die Große Anwartschaftsversicherung .....	37

# Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung [VVG-InfoV])

## 1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG,  
Kornwestheim  
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

## 2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

## 3. Ladungsfähige Anschriften

Württembergische Krankenversicherung AG,  
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

### Vertretungsberechtigte

Vorstand: Jacques Wasserfall, Dr. Jonas Eickholt

## 4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

## 5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Mediator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

## 6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

### Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung, Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und Individuelle Vertragsinformationen bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

## 7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Individuelle Vertragsinformationen bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag / Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z.B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

## 8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und / oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der kostenfreien Rufnummer 00 800 81826000 zur Verfügung. Falls der von Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kostenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711 662 723333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland können die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

## 9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

## 10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und in den Individuellen Vertragsinformationen genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

## 11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

## 12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens

(„Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

## Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

## Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags /Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwernisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

## 13. Widerrufsbelehrung

### Abschnitt 1

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Württembergische Krankenversicherung AG,  
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim,  
E-Mail Adresse:  
kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,  
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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 eine Betrag in Höhe von 1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes 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.

### Abschnitt 2

#### Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der im Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

#### Informationspflicht bei allen Versicherungszweigen

Folgende Informationen müssen wir Ihnen zur Verfügung stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;  
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

#### Ende der Widerrufsbelehrung

#### 14. Laufzeit des Vertrages, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflegegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung, die kleine und große Anwartschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungsstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche auf Risikobasis sowie für Optionstarife und die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

#### 15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und

**Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.**

#### 16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrages ausschließlich deutsches Recht.

#### 17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

#### Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vorstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

#### 18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrages ist Deutsch.

#### 19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Wir haben uns verpflichtet, zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler an dem Streitbeilegungsverfahren vor der, vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eingerichteten, Stelle

„Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“  
Kronenstraße 13,  
10117 Berlin, teilzunehmen.

Sie haben die Möglichkeit, dieses kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. So erreichen Sie den Ombudsmann: OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Telefon: 0800 2 55 04 44; Telefax: 030 20 45 89 31. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>.

#### 20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de), Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

## Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

### 1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### 2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und

nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden<sup>3)</sup>. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

<sup>3)</sup> Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnersatz 75 % inklusive GKV-Vorleistung  
(ZZ75)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



### Was ist versichert?

- ✓ Kosten für Zahnersatz (einschl. Inlays und Implantate) werden zu 75 % übernommen (80 % mit kooperierendem Dentallabor)
- ✓ Keramikverblendungen bis zum letzten Zahn
- ✓ Funktionsanalytische und Funktionstherapeutische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen
- ✓ Material- und Laborkosten

### Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz. Erstattung bei Behandlungen im Ausland ist bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wäre.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



### Was ist nicht versichert?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- ✗ Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen,
- ✗ kieferorthopädische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- oder Wunschleistungen.
- ✗ vgl. Ausschlüsse AVB/S und Bedingungen der WürttKranken AG Tarif Zahnersatz75 (ZZ75) Nr. 6



### Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Begrenzung der Erstattung auf 45 %, sofern bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht werden oder die Behandlung in einem Land erfolgt, für das die GKV/Heilfürsorge keine Leistungen vorsieht.
- ! Der Erstattungsbetrag ist begrenzt auf maximal den Rechnungsbetrag; Details vgl. Vertragsinhalte.
- ! Während der ersten 4 Versicherungsjahre sind die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatz begrenzt.



### Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnersatz 90 % inklusive GKV-Vorleistung  
(ZZ90)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

- ✓ Kosten für Zahnersatz (einschl. Inlays und Implantate) werden zu 90 % übernommen (95 % mit kooperierendem Dentallabor)
- ✓ Keramikverblendungen bis zum letzten Zahn
- ✓ Funktionsanalytische und Funktionstherapeutische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen
- ✓ Material- und Laborkosten

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz. Erstattung bei Behandlungen im Ausland ist bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wäre.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Was ist nicht versichert?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- ✗ Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen,
- ✗ kieferorthopädische Maßnahmen,
- ✗ reine Verlangens- oder Wunschleistungen.
- ✗ vgl. Ausschlüsse AVB/S und Bedingungen der WürttKranken AG Tarif Zahnersatz90 (ZZ90) Nr. 6



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Begrenzung der Erstattung auf 60 %, sofern bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht werden oder die Behandlung in einem Land erfolgt, für das die GKV/Heilfürsorge keine Leistungen vorsieht.
- ! Der Erstattungsbetrag ist begrenzt auf maximal den Rechnungsbetrag; Details vgl. Vertragsinhalte.
- ! Während der ersten 4 Versicherungsjahre sind die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatz begrenzt.



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnersatz 100 % inklusive GKV-Vorleistung  
(ZZ100)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**



## Was ist versichert?

- ✓ Kosten für Zahnersatz (einschl. Inlays und Implantate) werden zu 100 % übernommen
- ✓ Keramikverblendungen bis zum letzten Zahn
- ✓ Funktionsanalytische und Funktionstherapeutische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen
- ✓ Material- und Laborkosten

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen



## Was ist nicht versichert?

- Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:
- ✗ Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen,
  - ✗ kieferorthopädische Maßnahmen,
  - ✗ reine Verlangens- oder Wunschleistungen.
  - ✗ vgl. Ausschlüsse AVB/S und Bedingungen der WürttKranken AG Tarif Zahnersatz100 (ZZ100) Nr. 6



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Begrenzung der Erstattung auf 75 %, sofern bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht werden oder die Behandlung in einem Land erfolgt, für das die GKV/Heilfürsorge keine Leistungen vorsieht.
- ! Der Erstattungsbetrag ist begrenzt auf maximal den Rechnungsbetrag; Details vgl. Vertragsinhalte.
- ! Während der ersten 4 Versicherungsjahre sind die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Zahnersatz begrenzt.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz. Erstattung bei Behandlungen im Ausland ist bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wäre.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnbehandlung  
(ZZB)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse
- ✓ Kostenerstattung für ergänzende Zahnbehandlungen sowie Kosten für Zahnprophylaxe bis zu einem Betrag von 80 Euro im Versicherungsjahr
- ✓ Kieferorthopädie aufgrund von Unfällen bis zu einem Betrag von 2.000 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit
- ✓ Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor dem 18. Lebensjahr bis zu einem Betrag von 1.000 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz. Erstattung von Behandlungskosten im Ausland ist bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wäre, versichert.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Was ist nicht versichert?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- ✗ stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- ✗ gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- ✗ vgl. Ausschlüsse AVB/S und Tarifbedingungen der WürttKranken AG Tarif Zahnbehandlung (ZZB) Nr. 5



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.

Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Begrenzung der Erstattung auf 50 %, sofern bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht werden oder die Behandlung in einem Land erfolgt, für das die GKV/Heilfürsorge keine Leistungen vorsieht.
- ! Während der ersten 3 Versicherungsjahre sind die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Kieferorthopädie begrenzt.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.



# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
ZahnbehandlungPlus  
(ZZBPlus)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse
- ✓ Kostenerstattung für ergänzende Zahnbehandlungen sowie Kosten für Zahnprophylaxe bis zu einem Betrag von 150 Euro im Versicherungsjahr
- ✓ Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bis zu einem Betrag von 200 Euro im Versicherungsjahr
- ✓ Kieferorthopädie aufgrund von Unfällen bis zu einem Betrag von 2.000 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit
- ✓ Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor dem 18. Lebensjahr bis zu einem Betrag von 3.000 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz. Erstattung von Behandlungskosten im Ausland ist bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wäre, versichert.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Was ist nicht versichert?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- X stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- X gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- X vgl. Ausschlüsse AVB/S und Tarifbedingungen der WürttKranken AG Tarif ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus) Nr. 5



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Begrenzung der Erstattung auf 50 %, sofern bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht werden oder die Behandlung in einem Land erfolgt, für das die GKV/Heilfürsorge keine Leistungen vorsieht.
- ! Während der ersten 3 Versicherungsjahre sind die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Kieferorthopädie begrenzt.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zusatzversicherung Zahn & Brille –  
Zahnersatz 20%, Zahnprophylaxe, Sehhilfe  
(BZGU20)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**



## Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse
- ✓ Übernahme der Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) zu 20 %
- ✓ Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen in den ersten vier Jahren
- ✓ Übernahme der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe und für medizinisch notwendige Sehhilfen

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen



## Was ist nicht versichert?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- ✗ Zahnbehandlungen und kieferorthopädische Behandlungen
- ✗ Schädigungen der Zähne durch Nahrungsaufnahme (keine Unfälle)
- ✗ Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S, §5).



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Erstattet werden 20 % der erstattungsfähigen Aufwendungen
- ! Bei Kompositfüllungen: erstattungsfähige Aufwendungen auf Regelhöchstsatz der GoÄ begrenzt
- ! Erstattungsbetrag begrenzt auf maximal den Rechnungsbetrag; Details vgl. Vertragsinhalte
- ! Anwendung einer Zahnstaffel für die ersten 48 Monate
- ! Aufwendungen für Sehhilfen und deren Reparatur begrenzt auf 125 Euro



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 3 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bevor Sie im Falle einer Zahnzusatzversicherung Aufträge für Zahnsanierungen und Prothesen erteilen, müssen Sie sich dies von uns schriftlich genehmigen lassen (Heil- und Kostenplan einreichen).
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnersatz 30 %  
(ZGU30)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

✓ Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) werden zu 30 %, jedoch zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers zu maximal 80 % übernommen.

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Bevor Sie Aufträge für Zahnsanierungen und Prothesen erteilen, müssen Sie sich dies von uns schriftlich genehmigen lassen (Heil- und Kostenplan einreichen).
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Was ist nicht versichert?

- ✗ Zahnbehandlungen
- ✗ kieferorthopädische Behandlungen



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nur zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers
- ! Höchstens 80 % der tatsächlich erstattungsfähigen Aufwendungen
- ! Anwendung einer Zahnstaffel während der ersten 48 Monate
- ! Ohne genehmigten Heil- und Kostenplan kann es zu Leistungskürzungen kommen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wo bin ich versichert?

✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 3 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnersatz 50 %  
(ZGU50)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

- ✓ Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) werden zu 50 %, jedoch zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers zu maximal 80 % übernommen.

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



## Was ist nicht versichert?

- ✗ Zahnbehandlungen
- ✗ kieferorthopädische Behandlungen



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nur zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers
- ! Höchstens 80 % der tatsächlich erstattungsfähigen Aufwendungen
- ! Anwendung einer Zahnstaffel während der ersten 48 Monate
- ! Ohne genehmigten Heil- und Kostenplan kann es zu Leistungskürzungen kommen.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 3 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Bevor Sie Aufträge für Zahnsanierungen und Prothesen erteilen, müssen Sie sich dies von uns schriftlich genehmigen lassen (Heil- und Kostenplan einreichen).
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnersatz 70 %  
(ZGU70)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

✓ Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) werden zu 70 %, jedoch zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers zu maximal 80 % übernommen.

## Wie hoch ist die Versicherungssumme?

✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Bevor Sie Aufträge für Zahnsanierungen und Prothesen erteilen, müssen Sie sich dies von uns schriftlich genehmigen lassen (Heil- und Kostenplan einreichen).
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Was ist nicht versichert?

- ✗ Zahnbehandlungen
- ✗ kieferorthopädische Behandlungen



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nur zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers,
- ! Höchstens 80 % der tatsächlich erstattungsfähigen Aufwendungen
- ! Anwendung einer Zahnstaffel während der ersten 48 Monate
- ! Ohne genehmigten Heil- und Kostenplan kann es zu Leistungskürzungen kommen



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wo bin ich versichert?

✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 3 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG  
Deutschland

Zahn-Zusatzversicherung  
Zahnbehandlung  
(ZBU)

**Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.**

**Um welche Art von Versicherung handelt es sich?**  
Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheits- und Pflegefall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



## Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlungen
- ✓ Kosten für Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung bzw. für eine Vollnarkose bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr

### Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



## Was ist nicht versichert?

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- ✗ stationär durchgeführte Zahnbehandlungen
- ✗ Inlays, Kronen oder Veneers
- ✗ kosmetische Maßnahmen wie z. B. Bleaching
- ✗ Amalgamsanierungen
- ✗ vgl. AVB/S und Bedingungen der WürttKranken AG Tarif ZBU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung Nr. 2



## Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert.

- ! Ohne GKV-Vorleistung bei Zahnbehandlungen Begrenzung auf 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen
- ! Aufwendungen für Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose zur Schmerzausschaltung müssen im direkten Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung stehen.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz. Erstattung bei Behandlungen im Ausland im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte und für Zahnärzte (GOÄ und GOZ).



## Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bevor Sie im Falle einer Zahnzusatzversicherung Aufträge für Zahnsanierungen und Prothesen erteilen, müssen Sie sich dies von uns schriftlich genehmigen lassen (Heil- und Kostenplan einreichen).
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

# Datenschutzhinweise

## Unser Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte – Informationen nach Artikeln 13, 14 und 21 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) –

Liebe Kundin, lieber Kunde,

nachfolgend möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Württembergische Versicherung AG, die Württembergische Lebensversicherung AG, die Württembergische Krankenversicherung AG, die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, die Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH, die Württembergische Vertriebspartner GmbH und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

### 1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Württembergische Krankenversicherung AG, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG sowie Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH. Wenden Sie sich unter Angabe des jeweiligen Unternehmens bitte an

W&W-Platz 1  
70806 Kornwestheim  
Telefon 0711 662-0  
Telefax 0711 662-829400  
E-Mail [info@wuerttembergische.de](mailto:info@wuerttembergische.de)

Für die Württembergische Vertriebspartner GmbH wenden Sie sich bitte an

W&W-Platz 1  
70806 Kornwestheim  
Telefon 0711 662-0  
Telefax 0711 662-829400  
E-Mail [info@wuerttembergische-makler.de](mailto:info@wuerttembergische-makler.de)

Den Datenschutzbeauftragten unserer Unternehmen erreichen Sie unter:

Wüstenrot & Württembergische AG  
Datenschutzbeauftragter  
W&W-Platz 1  
70806 Kornwestheim  
Telefon 07141 16-0  
E-Mail [dsb@ww-ag.com](mailto:dsb@ww-ag.com)

### 2. Welche Quellen und Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von anderen Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe, von für Sie zuständigen Vermittlern sowie deren Führungskräften und Fachbetreuern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten zulässigerweise (z. B. zur Erfüllung von Verträgen, zur Schadenregulierung oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben.

Zum anderen verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort und Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten) und Authentifikationsdaten (z. B. Unterschriftprobe). Darüber hinaus können dies auch Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. die Nummern Ihrer Verträge), Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten), Werbe- und Vertriebsdaten (inklusive Werbescores), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll), Registerdaten, Daten über Ihre Nutzung von unseren angebotenen Telemedien (z. B. Aufruf unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten von uns bzw. Einträge) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Für besonders schützenswerte Daten (z. B. Gesundheitsdaten oder genetische Daten) erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

### 3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz), [www.karlsruher.de/datenschutz](http://www.karlsruher.de/datenschutz) und [www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz) abrufen.

### a) Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO)

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versi-

cherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der vorgenannten Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen.

### b) Im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO)

Soweit erforderlich verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunfteien zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken und aktuellen Adressen;
- Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache;
- Werbung oder Markt- und Meinungsforschung, soweit sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs; nn Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können;
- Maßnahmen zur Gebäude- und Anlagensicherheit (z. B. Zutrittskontrollen); nn Maßnahmen zur Sicherstellung des Hausrechts;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.

### c) Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1a DSGVO, Art. 9 Abs. 2a) i. V. m. Art. 7 DSGVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. Weitergabe von Daten im Konzern, Auswertung von Daten für Marketingzwecke) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

### d) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO)

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht.

### 4. Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb der vorgenannten Unternehmen erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten brauchen. Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind bspw. Unternehmen in den Kategorien kreditwirtschaftliche Leistungen, IT-Dienstleistungen, Logistik, Wirtschaftsauskunfteien, Druckdienstleistungen, Telekommunikation, Inkasso, Beratung und Consulting sowie Vertrieb, Marketing und Anschriftenermittlung. Eine Aufteilung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie auf unserer Internetseite unter

[www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz), [www.karlsruher.de/datenschutz](http://www.karlsruher.de/datenschutz) und [www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz) entnehmen.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an Empfänger außerhalb der vorgenannten Unternehmen ist zunächst zu beachten, dass wir zur Verschwiegenheit über alle kundenbezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet sind, von denen wir Kenntnis erlangen. Informationen über Sie dürfen wir nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies gebieten, Sie eingewilligt haben oder wir zur Erteilung einer Auskunft befugt sind. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten z. B. sein:

- Öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung.
- Andere Versicherungsinstitute oder vergleichbare Einrichtungen sowie externe Vermittler und Vermittlungsgesellschaften, an die wir zur Durchführung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen personenbezogene Daten übermitteln (bspw. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel).
- Rückversicherungsunternehmen, über die von uns übernommene Risiken abgesichert werden. Hierzu kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an ein solches Unternehmen zu übermitteln, damit dieses sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

- Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.  
Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de).

Weitere Datenempfänger können diejenigen Stellen sein, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben, bzw. für die Sie uns von unserer Schweigepflicht gemäß Vereinbarung oder Einwilligung befreit haben.

### 5. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung, was beispielsweise auch die Anbahnung und die Abwicklung eines Vertrages umfasst.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (§§ 238, 257 Abs. 4 HGB), der Abgabenordnung (§ 147 Abs. 3, 4 AO) und dem Geldwäschegesetz (§ 8 Abs. 3 GwG) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahre.

Schließlich beurteilt sich die Speicherdauer auch nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Regel drei Jahre, in gewissen Fällen aber auch bis zu dreißig Jahre betragen können.

### 6. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

### 7. Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschrrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Lautenschlagerstraße 20  
70173 Stuttgart

### 8. Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

### 9. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir die automatisierte Entscheidungsfindung ausschließlich zur Unterstützung der betriebsinternen Abläufe.

Eine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO findet regelmäßig nicht statt.

### 10. Inwieweit werden meine Daten für Scoring und Rating genutzt?

Wir verarbeiten teilweise Ihre Daten automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten:

- Aufgrund gesetzlicher und behördlicher Vorgaben sind wir zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und Betrug verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (unter anderem im Zahlungsverkehr) vorgenommen. Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr zukünftiges Zahlungsverhalten (Scoring). Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter [www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz), [www.karlsruher.de/datenschutz](http://www.karlsruher.de/datenschutz) und [www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz) entnehmen.

### Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO, das wir zur Bonitätsbewertung oder für Werbezwecke einsetzen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

2. In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch (ohne Nennung von Gründen) gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Bitte richten Sie den Widerspruch an die oben genannten Kontaktdaten des verantwortlichen Unternehmens.



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Gültig ab 1. April 2023

## Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1-20

### Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruheversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhegrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

##### § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

##### § 1 (2) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Als Versicherungsfall gilt auch ein medizinisch notwendiger als auch ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.

Die näheren Bestimmungen regeln die Tarifbedingungen.

##### § 1 (4) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf

von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

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

##### zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

##### § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

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

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

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

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

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

##### zu § 3 (1) Wartezeiten bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

Wird eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

##### zu § 3 (2) b) und (3) Verzicht auf besondere Wartezeiten

Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

##### zu § 3 (4) Erlass der Wartezeiten bei Krankheitskostenteilversicherung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

##### § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn

der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

#### **zu § 4 Anrechnung der Aufwendungen**

*Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.*

#### **zu § 4 (2) und (3) Heilpraktiker**

*Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker so- wie deren Verordnungen sind nur erstattungsfähig, sofern dies der Tarif vorsieht.*

#### **zu § 4 (4) Stationäre Heilbehandlung**

*Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.*

### **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
  - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) ---
  - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### **zu § 5 Gebührenordnung**

*Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die*

*den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.*

#### **zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse**

*Die Leistungseinschränkung gilt nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.*

#### **zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen**

*Der Versicherer zahlt für die ersten drei Entziehungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen – mit Ausnahme der Nikotinsucht – in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, für die kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, wenn und soweit der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Von anderen Kostenträgern vollständig übernommene Entziehungsmaßnahmen werden angerechnet. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig vom vereinbarten Tarif nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig.*

*Die näheren Bestimmungen zu den Entziehungsmaßnahmen regeln die Tarifbedingungen.*

*Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.*

#### **zu § 5 (1) e) Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort**

*Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung, die nicht Kurbehandlung ist, in einem Heilbad oder Kurort.*

### **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Überweisungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

#### **zu § 6 (1) Leistungsunterlagen**

*Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.*

#### **zu § 6 (4) Währung und Wechselkurs**

*Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.*

#### **zu § 6 (5) Inlandskonto**

*Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.*

### **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

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

#### **Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 8 Beitragszahlung**

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

(8) 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

#### **zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)**

Der Versicherer bildet gemäß Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

- Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

#### **zu § 8 (1) Beitragsrate**

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder (Eintrittsalter 0 – 15) und Jugendliche (Eintrittsalter 16 – 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

#### **zu § 8 (2) Skonto**

Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

#### **zu § 8 (4) Fälligkeit des Erstbeitrags**

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

#### **zu § 8 (5) und (6) Mahnkosten**

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z.B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

#### **§ 8a Beitragsberechnung**

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

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

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

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

#### **zu § 8a (2) Beitragsberechnung**

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

#### **§ 8b Beitragsanpassung**

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

(2) (entfallen)

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

#### **zu § 8b (1) Beitragsanpassung**

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

#### **zu § 8b (1) Anpassung Ersatzkrankenhaustagegeld**

Im Rahmen einer Beitragsanpassung können auch die im Tarif vorgesehenen Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

## § 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

### zu § 9 (1) Anzeige einer Krankenhausbehandlung

*Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. Die Bestimmung des § 4 (5) bleibt hiervon unberührt.*

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

## § 12 Aufrechnung

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

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

### zu § 13 (1) Vertragsdauer

*Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstellungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt hat.*

### zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

*(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)*

*Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankheitsversicherungspflicht besteht, eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.*

*In unmittelbarem Anschluss an die Ruhezeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.*

*Nach Beendigung der Ruhezeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhezeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiedereintritt der ursprünglichen Versicherung fallen.*

### zu § 13 (10) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

## § 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der

substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

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

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

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

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 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 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

### Sonstige Bestimmungen

#### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

#### § 17 Gerichtsstand

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

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

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

#### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

#### § 19 Wechsel in den Standardtarif

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

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

#### § 20 Wechsel in den Basistarif

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

das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

#### Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

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

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

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

#### Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

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

#### Hinweis auf den Rechtsweg

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

#### MB/KK 2009 - Anhang

#### Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

##### § 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

#### Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

##### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### § 19 Anzeigepflicht

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

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

### § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte

ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

### § 195 Versicherungsdauer

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

### Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

#### § 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

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

#### § 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

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

### Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

#### § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

[in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

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

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

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

...

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)

## Gültig ab 1. April 2023

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
- c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- d) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann Versicherungsschutz über diesen Zeitpunkt hinaus vereinbart werden.

(5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

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

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 VVG verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsabschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

#### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

(4) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

#### § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Sofern nichts anderes vereinbart ist, beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate.

Sie entfällt

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

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

Sie entfallen

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

(4) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

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

#### § 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden, sofern dies der Tarif vorsieht.

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

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

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

(6) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

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

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Die Leistungspflicht entfällt nicht, soweit die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammen-



hang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

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

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

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

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

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

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

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

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

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

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

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

(2) Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und der Beitragsgruppe des erreichten Alters; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, räumt der Versicherer bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

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

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

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

(6) 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. Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z.B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

(7) 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

### § 8a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(4) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

(5) Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters, kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

### § 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten 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 die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### § 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

### § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von 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) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

### § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist.

### Ende der Versicherung

### § 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Danach kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat.

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

(3) 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 zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

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

(7) Ruhen der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiedereinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 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.

Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

### § 17 Gerichtsstand

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

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

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

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

### Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

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

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

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

#### Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

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

#### Hinweis auf den Rechtsweg

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

### Anhang

#### Auszug aus dem 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 zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

#### Auszug aus dem 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 Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

##### § 19 Anzeigepflicht

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

##### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

##### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

##### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

##### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

##### § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

# Teil III – Tarife Zahnersatz75 (ZZ75), Zahnersatz90 (ZZ90), Zahnersatz100 (ZZ100)

## Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnersatz bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

### 2. Keine Kombinierbarkeit

Die Tarife ZZ75, ZZ90 und ZZ100 sind weder miteinander noch - vorbehaltlich einer abweichenden Vereinbarung - mit anderen Zahnersatzversicherungen der Württembergische Krankenversicherung AG kombinierbar.

### 3. Versicherungsleistungen

#### 3.1 Zahnersatzmaßnahmen mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge in:

- Tarif ZZ75 bis zu maximal 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags,
- Tarif ZZ90 bis zu maximal 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags,
- Tarif ZZ100 bis zu maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

In den ersten vier Versicherungsjahren sind die Versicherungsleistungen nach Maßgabe der Ziffern 4a) und b) der Tarifbestimmungen begrenzt. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

Bei einer Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stifzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,

- Veneers, soweit deren Einsatz nicht nur aus kosmetischen Gründen erfolgt,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- implantologische Leistungen, insbesondere die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit sowie
- Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) jedes Quadranten.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen einschl. der Material- und Laborkosten bis maximal 500 EUR je Versicherungsjahr,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; implantatbezogene Analyse; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),
- chirurgische Leistungen,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) einschl. besonderer Herstellungsverfahren wie z.B. Cerec-Kronen, Teilkronen und Inlays.

#### 3.2 Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 3.1 zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme in Tarif ZZ75 auf 80 % und in Tarif ZZ90 auf 95 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung. Fragen Sie uns nach den mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter [dentallabore@wuerttembergische.de](mailto:dentallabore@wuerttembergische.de).

### 3.3 Zahnersatzmaßnahmen ohne Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatzahnarzt) erfolgt, wird ein fiktiver GKV-Erstattungssatz in Höhe von 30% angenommen und auf die Erstattungsleistung des versicherten Tarifes angerechnet.

Für den Tarif ZZ100 beträgt die fiktive Anrechnung 25%, sofern die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach Ziffer 3.1 zu ersetzenden Aufwendungen stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren (vgl. Ziffer 3.2) durchführen lässt.

## 4. Leistungsbegrenzungen

### a) Tarif ZZ75

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergische Krankenversicherung AG) nach den Ziffern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZZ75 je versicherte Person maximal:

- 800 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.600 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 2.400 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 3.200 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahres entfällt diese Leistungsbegrenzung.

### b) Tarife ZZ90 und ZZ100

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergische Krankenversicherung AG) nach den Ziffern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen ab Versicherungsbeginn der Tarife ZZ90 und ZZ100 je versicherte Person maximal:

- 1.500 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 4.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 6.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahres nach Versicherungsbeginn entfällt diese Leistungsbegrenzung.

### c) Entfall der Leistungsbegrenzungen

Die Leistungsbegrenzungen nach a) und b) gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, der nach Versicherungsbeginn (Vertragsschluss) eingetreten ist. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

## 5. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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.

## 6. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,

- für kieferorthopädische Maßnahmen,
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

## 7. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

## 8. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

## 9. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die tariflichen Leistungen haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

## 10. Kündigungsrecht des Versicherten/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 (1) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

## 11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

# Teil III – Tarif Zahnbehandlung (ZZB)

## Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlungen oder für Kieferorthopädie bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

### 2. Versicherungsleistungen

#### 2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für Maßnahmen zur Zahnbehandlung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) zu 100 % unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen.

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatarzt) erfolgt, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Maßnahmen zur Zahnbehandlung gelten insbesondere, jedoch nicht abschließend:

- a) allgemeine zahnärztliche Leistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen (GOZ-Ziffern 0010-0120),
- b) konservierende Leistungen, insbesondere plastische Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen einschl. elektrometrischer Wurzellängenmessungen, Wurzelfüllungen und Restaurationen mit Kompositmaterialien (GOZ-Ziffern 2010-2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- c) chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3110-3120 und 3290-3300),
- d) parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime einschl. Bakterienanalyse, Einsatz von VECTOR-Technologie.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Zahnbehandlung stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumentomographie),
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

#### 2.2 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für Zahnprophylaxe bis maximal 80 Euro je Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und oberflächigen Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte/Zahnärztinnen sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/innen) in Anspruch genommen werden.

#### 2.3 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzung nach Ziffer 3 bis zu einem Betrag von 1.000 EUR. Die Erstattungsleistung kann nur einmalig für die gesamte Vertragslaufzeit beansprucht werden.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen, die **nach Vollendung des 18. Lebensjahres** beginnen, sofern diese Folgen eines nach Versicherungsbeginn/Vertragsschluss erlittenen Unfalles sind. Die Erstattungsleistung ist in diesem Fall insgesamt auf höchstens 2.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 – 5. Bei diesen Indikationsgruppen erkennen wir die medizinische Notwendigkeit stets an.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Kieferorthopädie stehen, außerdem:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumentomographie),
- Versiegelung der Zähne,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter deren Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie in Verbindung mit der kieferorthopädischen Maßnahme stehende funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

### 3. Leistungsbegrenzungen für Kieferorthopädie

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 2.3 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 150 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 300 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 450 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Mit Beginn des vierten Versicherungsjahres entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Die Leistungsbegrenzungen gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, zurückzuführen sind. Die Erstattungshöchstbeträge nach Ziffer 2.3 bleiben auch in diesem Fall bestehen.

### 4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären.

Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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.

### 5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- für gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

### 6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

### 7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnbehandlungsmaßnahmen oder kieferorthopädischen Maßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

### 8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs Zahnbehandlung (ZZB) haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

### 9. Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

### 10. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag jeweils einheitlich für die Altersgruppen 0 - 20 und 21 - 102 Jahre berechnet. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

# Teil III – Tarif ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus)

## Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlungen oder für Kieferorthopädie bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

### 2. Versicherungsleistungen

#### 2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für Maßnahmen zur Zahnbehandlung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) zu 100 % unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen.

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatarzt) erfolgt, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Maßnahmen zur Zahnbehandlung gelten insbesondere, jedoch nicht abschließend:

- a) allgemeine zahnärztliche Leistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen (GOZ-Ziffern 0010-0120),
- b) konservierende Leistungen, insbesondere plastische Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen einschl. elektrometrischer Wurzellängenmessungen, Wurzelfüllungen und Restaurationen mit Kompositmaterialien (GOZ-Ziffern 2010-2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- c) chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3110-3120 und 3290-3300),
- d) parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime einschl. Bakterienanalyse, Einsatz von VECTOR-Technologie,
- e) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060; ausgenommen sind Protrusionsschienen und Schienen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Zahnbehandlung stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),

- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Leistungsbegrenzungen:

- Für Aufbissbehelfe und Schienen (Ziffer 2.1 e)) sind einschl. der Material- und Laborkosten maximal 500 EUR je Versicherungsjahr\* erstattungsfähig. Die Versicherungsleistung wird bis zu dieser Höhe auch für DROS®-Schienen erbracht.

\* Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

#### 2.2 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für Zahnprophylaxe bis maximal 150 Euro je Versicherungsjahr.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und oberflächigen Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte/Zahnärztinnen sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/innen) in Anspruch genommen werden.

#### 2.3 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge zu 100 % bis zu maximal 200 Euro pro Versicherungsjahr.



Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:

- a) Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- b) Vollnarkose,
- c) Lachgas-Sedierung,
- d) Akupunktur,
- e) Hypnose.

#### 2.4 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzung nach Ziffer 3 bis zu einem Betrag von 3.000 EUR. Die Erstattungsleistung kann nur einmalig für die gesamte Vertragslaufzeit beansprucht werden.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen, die **nach Vollendung des 18. Lebensjahres** beginnen, sofern diese Folgen eines nach Versicherungsbeginn/Vertragsschluss erlittenen Unfalles sind oder eine Vorleistung der GKV erfolgt. Die Erstattungsleistung ist in diesen Fällen insgesamt auf höchstens 2.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 – 5. Bei diesen Indikationsgruppen erkennen wir die medizinische Notwendigkeit stets an.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Kieferorthopädie stehen, außerdem:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),
- Versiegelung der Zähne,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter deren Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie in Verbindung mit der kieferorthopädischen Maßnahme stehende funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

#### 3. Leistungsbegrenzungen für Kieferorthopädie

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 2.4 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 600 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 1.800 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Mit Beginn des vierten Versicherungsjahres entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Die Leistungsbegrenzungen gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, zurückzuführen sind. Die Erstattungshöchstbeträge nach Ziffer 2.4 bleiben auch in diesem Fall bestehen.

#### 4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären.

Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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.

#### 5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- für gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

#### 6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

#### 7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnbehandlungsmaßnahmen oder kieferorthopädischen Maßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

#### 8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus) haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

#### 9. Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

#### 10. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag jeweils einheitlich für die Altersgruppen 0 - 20 und 21 - 102 Jahre berechnet. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

# Teil III Tarif Zahn und Brille (BZGU20)

Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte  
der gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

**gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft (AVB/S)**

## 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

## 2. Versicherungsleistungen

2.1. Aufwendungen für Zahnersatz bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kompositfüllungen (Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik), Kronen und Brücken, Prothesen, implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen und angemessenen Material- und Laborkosten.

Nicht versichert sind Zahnbehandlungen und kieferorthopädische Behandlungen.

Erstattet werden 20 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei Kompositfüllungen sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Regelhöchstsatz der GOZ begrenzt.\*

Der Erstattungsbetrag ist zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs BZGU20 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 200 Euro Erstattung),  
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 400 Euro Erstattung),  
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 600 Euro Erstattung) und  
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 800 Euro Erstattung).

Die vorstehende Begrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rech-

nungsbetrag) von mehr als 1.500 Euro ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Erfolgt die Vorlage des Heil- und Kostenplans nicht oder nicht rechtzeitig, halbiert sich der Erstattungssatz.

2.2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Erstattet werden innerhalb eines Versicherungsjahres 100 % der Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen (professionelle Zahnreinigung). Dazu zählen insbesondere

- Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
  - Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
  - Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen
  - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
  - Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Politur
- Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von 80 Euro je Versicherungsjahr.

2.3. Aufwendungen für Sehhilfen

Erstattet werden innerhalb von zwei Versicherungsjahren 100 % der Aufwendungen für Sehhilfen und deren Reparaturleistungen, begrenzt auf einen Betrag von 125 Euro. Bei Kindern entsteht bereits vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen.

## 3. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

## 4. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag einheitlich für die Altersgruppe 0 - 100 Jahre berechnet.

\* Das ist der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

## Teil III Tarif ZGU

Zahnersatz-Zusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

**gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

### Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

### Versicherungsleistungen

Aufwendungen für Zahnersatz bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen und Brücken, Implantate, Prothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen und angemessenen Material- und Laborkosten.

Nicht versichert sind Zahnbehandlungen und Kieferorthopädische Behandlungen.

Erstattet werden in  
Tarifstufe ZGU30 30 %,  
Tarifstufe ZGU50 50 %,  
Tarifstufe ZGU70 70 %,

zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines anderen privaten Krankenversicherers jedoch höchstens 80 % der tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### ZGU30:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZGU30 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 300 Euro Erstattung),  
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 600 Euro Erstattung),  
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 900 Euro Erstattung) und  
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 1.200 Euro Erstattung)

#### ZGU50:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZGU50 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 500 Euro Erstattung),  
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 1.000 Euro Erstattung),  
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 1.500 Euro Erstattung) und  
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 2.000 Euro Erstattung)

#### ZGU70:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZGU70 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 700 Euro Erstattung),  
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 1.400 Euro Erstattung),  
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 2.100 Euro Erstattung) und  
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 2.800 Euro Erstattung)

Die vorstehende Begrenzung in den Tarifstufen ZGU30, ZGU50, ZGU70 gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z.B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mindestens 1.500 Euro ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans halbiert sich der Erstattungssatz der jeweiligen Tarifstufe.

### Besondere Bestimmungen

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

### Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Punkt b) der AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009 gilt nicht.

## Tarif ZBU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung

**gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft (AVB/S)**

### 1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

### 2. Versicherungsleistungen

#### 2.1 Höhe der Leistungen

Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für Zahnbehandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Der Erstattungsbetrag ist zusammen mit den Leistungen der GKV sowie mit Leistungen aus anderen Versicherungstarifen auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V\* sind nicht erstattungsfähig.

#### 2.2 Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Schienen- und Aufbisshilfen, soweit sie nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entstanden sind (vgl. Ziff. 2.4).

#### 2.3 Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose

Aufwendungen für Akupunktur oder Hypnose zur Schmerzbehandlung sowie Aufwendungen für die Durchführung einer Vollnarkose werden vom Versicherer mit bis zu **200 EUR** je Versicherungsjahr bezuschusst, sofern sie im direkten Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung nach Ziff. 2.2 entstanden sind.

### 2.4 Nicht versicherte Aufwendungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für

- stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- Behandlungen und vorbereitende Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Behandlungen durchgeführt werden,
- Inlays, Teilkronen oder Veneers,
- Amalgamsanierungen,
- kosmetische Maßnahmen wie z.B. Bleaching,
- gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- Computertomographien (CT) sowie
- Behandlungen, die in der GOZ oder der GOÄ nicht beschrieben sind (analoge Berechnung).

### 3. Einreichen von Kostenbelegen

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt sein. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, ist dies auf dem Kostenbeleg zu bestätigen.

### 4. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes ZBU haben, passt der Versicherer die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen an.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen an die Preisentwicklung anzupassen.

### 5. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag einheitlich für die Altersgruppe 0-100 Jahre berechnet.

### \* SGB V § 53 Wahltarife

**(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.**

# Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung

**gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009), für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009), für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017) und den jeweiligen Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S) sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS, Tarif VSF und Tarif VSU (Vorsorgetarife) der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

## 1. Voraussetzungen für das Ruhen

Für Tarife, denen die MB/KK 2009, die MB/KT 2009 oder die MB/EPV 2017 zugrunde liegen, gelten die in Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für Tarife, denen die AVB/S zugrunde liegen, gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für die Tarife VS, VSF und VSU (Vorsorgetarif) gelten die in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

## 2. Beginn der Ruhenszeit

Die Ruhenszeit beginnt mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

## 3. Ende der Ruhenszeit

- a) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) genannten Fällen
  - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
  - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung oder vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes spätestens jedoch nach 6 Monaten,
  - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- b) in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) genannten Fällen
  - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
  - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung, vorübergehendem An-

spruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes oder in der Zeit der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,

- bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- c) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) Ruhensversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017), nach den AVB/S § in 13 Abs. 7 sowie nach den AVB für die Tarife VS, VSF und VSU in § 14 Abs. 7 genannten Fällen
    - mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit,
    - bei bestehender Arbeitslosigkeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
    - bei Ruhen wegen Eintritt des Zahlungsverzugs nach § 38 VVG unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs nach 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.
  - d) Der Wegfall des Grundes für das Ruhen nach a) bis c) ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

## 4. Änderung der AVB während der Ruhenszeit

In der Ruhenszeit gelten die AVB mit folgenden Änderungen fort:

- a) Während der Ruhenszeit bestehen keine Beitragsforderungen.
- b) Während der Ruhenszeit entstehen keine Leistungsansprüche.
- c) Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach AVB Teil II zu § 8 Ziffer 1. MB/KK 2009 entfällt für diejenigen Kalenderjahre, in denen eine Ruhenszeit besteht.
- d) Der Lauf der Fristen und Wartezeiten der AVB wird nicht unterbrochen.

## 5. Wiederinkrafttreten des früheren Versicherungsschutzes

Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder voll in Kraft. Im Übrigen gilt:

- a) Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden AVB nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen.
- b) Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fällt.
- c) Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit oder besteht beim Ende der Ruhenszeit weiterhin einer der unter 1. genannten Gründe, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit die wieder in Kraft tretende Versicherung zu diesem Zeitpunkt kündigen.

# Besondere Vereinbarung für das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung

**gültig nur in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

## 1. Verlängerung der Ruhenszeit

Die nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung vereinbarte Ruhenszeit kann nach deren Ablauf einmalig um bis zu 12 Monate verlängert werden.

## 2. Beitrag zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens des früheren Versicherungsschutzes

Nach Ablauf der vereinbarten Verlängerungszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Ergänzend zu Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung gilt:

Der zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Ursprünglich vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen.

# Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung

**gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009), (MB/KT 2009) sowie (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

## 1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1 Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- 1.2 Eine Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers vereinbart werden.
- 1.3 Die Anwartschaftsversicherung ist vereinbart, wenn der Versicherte schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 1.4 Während der Zeit der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 1.5 Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.
- 1.6 Für Versicherungsjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, können keine Ansprüche auf Beitragsrückerstattung erworben werden.

## 2. Gegenstand der Anwartschaftsversicherung

- 2.1 Mit Beendigung der Anwartschaftszeit tritt der Versicherungsschutz der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife in Kraft. Hierbei sichert sich der Versicherungsnehmer die bisher erworbenen Rechte, insbesondere hinsichtlich der Beitragseinstufung bzw. einer Änderung des Gesundheitszustandes.
- 2.2 Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes fällt.

## 3. Voraussetzungen

- 3.1 Die Anwartschaftsversicherung in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden für die Dauer
  - a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
  - b) eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
  - c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,
  - d) eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in einem Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum; bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) jedoch nur dann, wenn für diese Zeit auch der Wohnsitz im Inland aufgegeben wird,
  - e) einer Arbeitslosigkeit.
- 3.2 In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 1 Abs. 5 MB/KK 2009) kann die Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- 3.3 In der Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer
  - a) einer Berufsunfähigkeit,
  - b) der gesetzlichen Mutterschutzfrist und der Elternzeit,
  - c) einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.
- 3.4 In der ergänzenden Pflegekrankenversicherung kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.
- 3.5 Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

## 4. Tarifänderungen

Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

## 5. Beginn der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann jederzeit beantragt werden. Sie beginnt mit Eintritt der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Voraussetzungen (Ziffern 3.1 bis 3.4), im Falle von Ziffer 3.5 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

## 6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Fortfall der Voraussetzungen, für die sie beantragt wurde bzw. nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes. Anschließend tritt die Versicherung unmittelbar in Kraft.
- 6.2 Besteht bei einer Anwartschaftsversicherung nach den Ziffern 3.1 bis 3.4 keine zeitliche Befristung, ist der Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall dieser Voraussetzungen anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.
- 6.3 Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von erneuter Risikoprüfung und Wartezeiten abhängig machen.
- 6.4 Wurde ein gekündigter Vertrag nach Ziffer 3.5 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt, tritt die Versicherung zum nächsten Monatsersten nach Zugang des Umstellungsantrages in Kraft.
- 6.5 Der Beitrag nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes wird unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters sowie zwischenzeitlicher Beitragsänderungen ermittelt. Es ist der Beitrag zu entrichten, der für den Versicherungsschutz ohne die vereinbarte Anwartschaft zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zu zahlen wäre, zuzüglich evtl. Zuschläge.
- 6.6 Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte.

## 7. Beiträge

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem Anwartschaftsprozentsatz des jeweiligen Tarifs und dem Beitrag, der ohne Anwartschaftsversicherung gezahlt werden müsste; hierbei werden ggf. bestehenden Zuschläge nicht berücksichtigt.

Württembergische Krankenversicherung AG  
[www.wuerttembergische.de](http://www.wuerttembergische.de)

 **württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.