



Krankenversicherung

Produktinformationsblatt

Allgemeine Hinweise zur Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) der HUK-COBURG-Krankenversicherung
und Tarifbedingungen (Teil I, II und III)

Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Schweigepflichtentbindungserklärung

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschrift

Beratungsprotokoll



Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Produktname: Tarif (G)ZZ Pro90

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Straße 2
96447 Coburg, Deutschland

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick. Es ist daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen. Das sind: Versicherungsantrag, Versicherungsschein, die beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarifbedingungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem Tarif ZZ Pro90 handelt es sich um eine Krankheitskostenteilversicherung, die Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzt.

Bei dem Tarif GZZ Pro90 handelt es sich um eine Krankheitskostenteilversicherung für Mitglieder der BARMER, die Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzt. Während der Vertragslaufzeit gelten im Tarif GZZ Pro90 folgende Voraussetzungen für alle versicherten Personen:

- Es besteht eine BARMER-Mitgliedschaft oder
- es besteht eine BARMER-Familienversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % für Zahnbehandlung, maximal 200 € pro Kalenderjahr
- ✓ 100 % für Zahnprophylaxe, maximal 200 € pro Kalenderjahr
- ✓ 100 % für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, maximal 200 € pro Kalenderjahr
- ✓ 90 % für Zahnersatz und Implantate. Hiervon ziehen wir die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab.
- ✓ 90 % für Inlays
- ✓ bis zu 90 % für unfallbedingte medizinisch notwendige Kieferorthopädie, maximal 1.500 €

Detaillierte Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Tarifbedingungen für den Tarif (G)ZZ Pro90 unter Ziffer 3 und 4.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Krankheiten und Unfälle, die auf Vorsatz beruhen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Tarifbedingungen für den Tarif (G)ZZ Pro90 insbesondere § 5 der AVB.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Zahnärztliche Behandlungen, die bei Vertragsabschluss bereits laufen oder geplant sind, übernehmen wir nicht.
- ! Für Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die bei Vertragsschluss bereits fehlen, erfolgt keine Erstattung.
- ! Während der ersten fünf Versicherungsjahre gelten für die Erstattungen für Zahnersatz und Inlays pro versicherte Person Höchstbeträge. Die Höchstgrenzen finden Sie in den Tarifbedingungen für den Tarif (G)ZZ Pro90 unter Ziffer 5.5.
- ! Für die Erstattung von zahntechnischen Leistungen bei Zahnersatz und Inlays liegt ein Preis-Leistungs-Verzeichnis (PLV) zugrunde. Beträge, die das PLV übersteigen, erstatten wir nicht.

Weitere Einschränkungen der Leistung finden Sie in den AVB und in den Tarifbedingungen (G)ZZ Pro90.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa. Im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz für zwei Monate.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Beantworten Sie alle Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und korrekt. Geben Sie auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen an.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Sie müssen die Versicherungsbeiträge rechtzeitig und vollständig zahlen.

Weitere Verpflichtungen finden Sie in § 9 der AVB.



Wann und wie zahle ich?

- Die Höhe des Beitrages finden Sie im Versicherungsschein. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Der Folgebeitrag ist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der vereinbarten Zahlungsweise zu zahlen.
- Mit Ihrem 21. bzw. 56. Geburtstag erhöht sich Ihr Beitrag.
- Die verspätete Zahlung Ihres Beitrags kann zum Verlust des gewohnten Versicherungsschutzes führen.
- Wenn Sie das Lastschriftinzugsverfahren mit uns vereinbart haben, ist die Zahlungsfrist eingehalten. Dies gilt nicht, wenn uns die Abbuchung aufgrund Unterdeckung des Kontos nicht möglich ist. Wenn Sie die Beiträge überweisen möchten, verwenden Sie bitte das im Versicherungsschein angegebene Konto der HUK-COBURG-Krankenversicherung.

Weitere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie in § 8 der AVB.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Das heißt, er beginnt erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung von uns erhalten haben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Wenn wir die Beiträge erhöhen, können Sie ebenfalls den Vertrag kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate ab Erhalt der Änderungsmitteilung. Der Vertrag endet dann zum Zeitpunkt der Beitragsänderung. Laufen die zwei Monate bereits vor dem Erhöhungszeitpunkt ab, können Sie auch bis zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung und Kündigungsfristen finden Sie unter §§ 13, 14 und 15 der AVB.



Allgemeine Hinweise zur Krankenversicherung

Aufbewahrung

Ihr Antrag sowie die eventuell ergänzend eingereichten Unterlagen werden digitalisiert auf elektronischen Datenspeichern aufbewahrt. Bitte senden Sie uns bei Bedarf ergänzende Unterlagen (z.B. Arztberichte, behördliche Bescheide usw.) lediglich als Kopien zu. Zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben, verarbeiten und nutzen wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen.

Tarifauswahl und spätere Erweiterung des Versicherungsschutzes

Beachten Sie bei der Tarifauswahl, dass spätere Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit einer erneuten Risikoprüfung und – sofern vorhanden – erneuten Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes verbunden sein können.

Wechsel einer Privaten Krankenversicherung

Mit jeder Kündigung einer privaten Krankenversicherung werden auch bestehende Rechte aufgegeben. Bitte informieren Sie sich über die Vor- und Nachteile.

Müssen nach der Prüfung der Antragsangaben vom Antrag abweichende Vertragsbedingungen (Beitragszuschläge, Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) vereinbart werden, erhalten Sie von uns ein Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie dieses Angebot annehmen.

Der Vertrag kommt erst mit Annahme des Antrags durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG zu Stande.



Informationen zu Ihrer Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

(gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene Verträge)

- Kundeninformationen
- Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
 - Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
 - Teil II: Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung
- Anhang: Bestimmungen aus verschiedenen Gesetzen, die in den AVB erwähnt sind

Stand: Februar 2023

Kundeninformationen gemäß § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Identität des Versicherers

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Sitz der AG: Coburg; eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 1537; St.-Nr. 9212/101/00021

Ladungsfähige Anschrift

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Ladungsfähige Vertreter sind die Vorstände Dr. Hans Olav Herøy und Stefan Gronbach.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung.

Garantiefonds, Entschädigungsregelung

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG ist Mitglied der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln.

Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrages werden der Antrag, der Versicherungsschein und etwaige Nachträge sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und jeweiligen Tarifbedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

Versicherungsschutz

Bei der Versicherungsart handelt es sich – je nach Inhalt des Versicherungsvertrags – um eine Krankheitskostenvoll- bzw. Krankheitskostenteilversicherung für:

- Ambulanten Versicherungsschutz
- Stationären Versicherungsschutz
- Zahnärztlichen Versicherungsschutz
- Krankenhaustagegeld

Ausführlichere Informationen über Art und Umfang des Versicherungsschutzes sowie Fälligkeit und Auszahlung der Versicherungsleistungen finden Sie in §§ 1, 4, 5 und 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und in den Tarifbedingungen.

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Versicherungsarten Sie abgeschlossen haben.

Versicherungsbeitrag

Die Höhe des Beitrages finden Sie im Angebot bzw. Versicherungsschein. Müssen nach Prüfung der Antragsangaben vom Antrag abweichende Vertragsbedingungen (Beitragszuschläge, Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) vereinbart werden, erhalten Sie von uns ein neues Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie dieses annehmen.

Für die Beiträge fällt keine Versicherungssteuer an, sofern Sie als Versicherungsnehmer Risikoperson (versicherte Person) sind oder die Leistungen aus der Versicherung unmittelbar der Versorgung der Risikoperson (versicherte Person) oder der Versorgung von Ihren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder § 15 der Abgabenordnung dienen. Dies stellen Sie als Versicherungsnehmer insbesondere dadurch sicher, dass Sie mit dem Antrag allen versicherten Personen eine Berechtigung zum Empfang ihrer Versicherungsleistung erteilen. Die Empfangsberechtigung kann jederzeit widerrufen werden (vgl. §194 VVG), zu diesem Zeitpunkt müssen dann aber die steuerlichen Voraussetzungen neu bewertet werden.

Sind die Voraussetzungen für die Versicherungssteuerfreiheit nicht gegeben, erhöht sich Ihr zu zahlender Beitrag um die anfallende Versicherungssteuer, derzeit 19 %.

Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, richtet sich eine etwaige Steuerpflicht nach den dortigen Bestimmungen. Der Beitrag erhöht sich in diesem Fall um die ggf. dort anfallenden Steuern beziehungsweise vergleichbaren Abgaben.

Beitragszahlung

Der erste Beitrag ist zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines fällig. Er ist dann unverzüglich (d. h. innerhalb von zwei Wochen) zu zahlen. Ein Folgebeitrag ist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der vereinbarten Zahlungsweise zu zahlen.

Weitere Informationen zur Beitragszahlung können Sie § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge und des genannten Versicherungsbeginns.

Wird ein anderer Versicherungsbeginn gewünscht oder erfolgt in der Zwischenzeit eine Anpassung unserer Beiträge, können sich bis zum Abschluss des Vertrags Abweichungen ergeben.

Beginn des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Annahme des Antrags durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung zustande. Dies geschieht in der Regel durch Zugang des Versicherungsscheines oder durch schriftliche Annahmestätigung des Antrags.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Nähere Informationen hierzu finden Sie in §§ 2 und 3 der AVB.

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:

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Straße 2
96447 Coburg
Fax: 09561 96-6990
E-Mail: Info@HUK-COBURG.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von:

$\frac{1}{360}$ x vereinbarter zu zahlender Beitrag für das erste Versicherungsjahr

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

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

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2 – Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1 – Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu 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 selbstständige 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. 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;
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 Versicherungsvertrags 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 Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags 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.

Unterabschnitt 2 – Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei der Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, handelt es sich um eine substitutive Krankenversicherung. Hier hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben schon genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen.

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Weitere Informationen zur Vertragsbeendigung finden Sie in §§ 13, 14 und 15 der AVB.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Den jeweiligen Gerichtsstand im Falle einer Klage aus dem Versicherungsverhältnis können Sie § 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Aufsichtsbehörden, Fragen und Beschwerden:

Informationen zum außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde finden Sie in den AVB unter Hinweise.

Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für die substitutive Krankenversicherung

Diese zusätzliche Verbraucherinformation gilt nur für die substitutive Krankenversicherung, d. h. eine Krankenversicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise zu ersetzen.

Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung

Die Private Krankenversicherung (PKV) garantiert Ihnen einen lebenslangen Anspruch auf vertraglich festgelegte Leistungen. Die Kosten für diese Leistungen bleiben jedoch nicht konstant. Die medizinische Forschung und neue kostenintensive Verfahren (z. B. Kernspintomographie, computergesteuerte Operationen) haben Ihren Preis. Die erfolgreiche Behandlung von Krankheiten, die früher als nicht heilbar galten, führt zu einer ständigen Verbesserung des medizinischen Versorgungsniveaus und damit auch zu einer längeren Lebenserwartung.

Diese Entwicklung kann nicht mit gleichbleibenden Beiträgen finanziert werden. Die Beiträge für den Krankenversicherungsschutz sind daher in den vergangenen Jahren stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten gestiegen. Auch in der Zukunft werden sich daher Beitragsanpassungen (s. § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)) in der PKV nicht umgehen lassen.

Wir haben durch eine Reihe von Maßnahmen vorgesorgt, dass Ihre private Krankenversicherung nicht nur jetzt, sondern auch im Alter bezahlbar bleibt.

Die PKV bildet so genannte Alterungsrückstellungen. Eigentlich müsste Ihr Beitrag mit jedem Jahr des Alterwerdens steigen. Durch die Alterungsrückstellung ist jedoch gewährleistet, dass der Beitrag nicht auf Grund des Alterwerdens steigt. Diese Rückstellungen werden vom gesamten Versichertenkollektiv gebildet und stehen daher diesem Kollektiv zur Verfügung. Es besteht kein individueller Rechtsanspruch hierauf. Die durch die Alterungsrückstellungen erzielten Zinsen werden den Versicherten gutgeschrieben (zusätzliche Zuschreibung) und tragen ebenso zur Abmilderung von Beitragsanpassungen bei.

In der Vollversicherung wird zwischen dem 21. bis zum 60. Lebensjahr ein gesetzlich vorgeschriebener Zuschlag in Höhe von 10 % erhoben (gesetzlicher Zuschlag), der in die Alterungsrückstellungen fließt. Ab dem 65. Lebensjahr werden damit Beitragsanpassungen abgemildert. Ab dem 80. Lebensjahr werden verbleibende Mittel zur Beitragsenkung herangezogen.

Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Beitragsermäßigung im Alter

Sie können mit uns in der Krankheitskostenversicherung die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter vereinbaren. Damit sparen Sie in jungen Jahren zusätzliche Beträge an, die im Alter die monatlichen Beitragsraten um den vereinbarten Betrag entlasten.

Basistarif mit Höchstbeitragsbegrenzung

Haben Sie Ihren Vollversicherungsvertrag nach dem 01.01.2009 geschlossen oder bereits das 55. Lebensjahr vollendet, ist der Wechsel in den verbandseinheitlichen Basistarif möglich.

Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Personen unter 55 Jahren in den Basistarif wechseln, wenn sie z. B. eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder hilfebedürftig sind.

Für den Basistarif gilt eine Höchstbeitragsgarantie, der Beitrag ist nach oben auf den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag begrenzt.

Wenn Sie beihilfeberechtigt sind, richten sich Höchstbeitrag und Erstattungssätze nach Ihrem Beihilfeanspruch.

Das Leistungsniveau ist mit der GKV vergleichbar. Im Basistarif können Sie unter verschiedenen Selbstbehaltstufen wählen. Bei festgestellter finanzieller Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Sozialgesetzbuch ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Reduzierung der Beiträge bzw. eine teilweise Übernahme der Beiträge durch den nach dem Sozialgesetzbuch zuständigen Träger möglich.

Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Eine Rückkehrmöglichkeit in die GKV ist in der Regel – auch bei Eintritt von Versicherungspflicht – ab dem 55. Lebensjahr ausgeschlossen, wenn in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht keine gesetzliche Versicherung bestand.

Wechsel innerhalb der PKV

Ein Wechsel zwischen den Unternehmen der PKV ist oft mit Nachteilen verbunden. Bei Mitbewerbern wird Ihr Gesundheitszustand erneut geprüft und Sie müssen bei Vorerkrankungen mit Beitragszuschlägen oder Leistungsausschlüssen rechnen – oder ein Vertrag wird Ihnen ganz verwehrt.

Ihr Beitrag berechnet sich bei einer neuen Krankenversicherung nach dem aktuellen, höheren Eintrittsalter unter Anrechnung Ihrer eventuell übertragbaren Alterungsrückstellungen. Die Übertragung kann max. in der Höhe erfolgen, in der die Alterungsrückstellungen im Basistarif angesammelt worden wären. Leistungsbegrenzungen oder Leistungsstaffeln beginnen von neuem. Sie verzichten somit auf bereits erworbene Rechte.

Ein Wechsel innerhalb der PKV bleibt daher gegebenenfalls auf den Basistarif beschränkt.

Wechsel in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes

Sie können jederzeit Ihren Krankenversicherungsbeitrag durch Wechsel in einen preiswerteren Tarif mit geringeren Leistungen oder durch Erhöhung des Selbstbehalts senken, sofern solche Tarife vorhanden sind. Ihre angesammelten Rückstellungen bleiben erhalten und wirken dabei beitragsmindernd. Sie können selbstverständlich auch einen höheren Versicherungsschutz vereinbaren. Die aus dem bisherigen Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden dann angerechnet. Wenn der Tarif nichts anderes vorsieht, sind wir jedoch berechtigt, für die höheren oder umfassenderen Leistungen des neuen Tarifs einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren. Insoweit können wir auch Wartezeiten vereinbaren.

Kosten und Beitragsentwicklung

Die in den Beitrag einkalkulierten Kosten und Angaben zu möglichen sonstigen Kosten sowie eine Übersicht über die Beitragsentwicklung, entnehmen Sie bitte Ihrem persönlichen Angebot.

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben. Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des 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 Basisstarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹⁾ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

(gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene Verträge)

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.

(1.1) Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die einzelne versicherte Person Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen besteht und dieser Versicherungsschutz der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang).

Eine Krankheitskostenteilversicherung liegt vor, wenn hierdurch eine bestehende Krankheitskostenvollversicherung oder ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz nur ergänzt wird.

(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.

(2.1) In Erweiterung von § 1 (2) b) gelten als Versicherungsfall auch übliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung sowie professionelle Zahnreinigung und Zahnvorsorge.

(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.

(4.1) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens bis zur Transportfähigkeit der versicherten Person.

Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über 2 Monate an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung – nicht in der Krankheitskostenteilversicherung – beantragen. Das Recht gilt auch für Krankheitskostenteilversicherungs-Tarife, die für die gleiche versicherte Person zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung bestehen.

Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der gemäß Satz 1 geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und / oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen.

(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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsauschluss 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.

§ 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.

(2.1) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 (2) erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen. § 2 (2) Satz 2 findet auf einen vereinbarten Selbstbehalt keine Anwendung.

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

(3.1) Der Versicherer verzichtet auf die Vereinbarung eines Risikozuschlages auf Grund eines erhöhten Risikos. An die Stelle der Geburt tritt in diesen Fällen der Tag der Adoption. § 2 (2) und (2.1) finden sinngemäß Anwendung.

§ 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 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten 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.

(5.1) In Erweiterung zu § 3 (1) bis (5) gilt folgendes:

Bei Krankheitskostenvollversicherungen gelten keine Wartezeiten. In der Krankenhaustagegeldversicherung und bei Beihilfeergänzungstarife entfallen die Wartezeiten, wenn sie für die gleiche versicherte Person zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen wird.

In der Krankheitskostenteilversicherung gelten die Wartezeiten gemäß § 3. Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung beträgt nur 3 Monate.

In der Krankheitskostenteil- und Krankenhaustagegeldversicherung können sämtliche Wartezeiten erlassen werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand möglichst auf einem Formblatt des Versicherers vorlegt. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsmaßbigen Wartezeiten.

- (6) 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.
- (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.

(2.1) In Erweiterung von § 4 (2) gilt:

- a) In Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie wird auch für die Inanspruchnahme eines im Arztregister eingetragenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten geleistet.
- b) Die versicherte Person kann auch die Behandlung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wählen, sofern diese über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen und im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnungen abrechnen.
- c) Die versicherte Person kann auch die Gesundheitspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung in Anspruch nehmen.

- (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.

- (5.1) In Erweiterung von § 4 (5) wird eine Kostenübernahme für einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in den in § 4 (5) genannten Krankenanstalten (gemischten Krankenanstalten) im Nachhinein geprüft, wenn es versäumt wurde, vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage vom Versicherer einzuholen.

Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage ferner nicht berufen, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich eine medizinisch notwendige Heilbehandlung durchgeführt wird, die einen stationären Aufenthalt erfordert
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erforderte oder

– es sich um eine Anschlussheilbehandlung (AHB) gemäß der Tarifbedingungen handelt.

Der konkrete Leistungsanspruch ergibt sich aus dem jeweiligen Tarif.

- (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.

- (6.1) In Erweiterung zu § 4 (6) werden die im Hufelandverzeichnis aufgeführten alternativen Behandlungsmethoden Akupunktur, Akupressur, ausleitende Verfahren, bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie und Shiatsu tarifgemäß erstattet.

- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 € 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.

§ 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;

- (1.1) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) a) für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist. Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a). Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen (auch im Rahmen eines Freiwilligendienstes) und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird unter Beachtung des § 5 (3) geleistet.

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

- (1.2) In der Krankheitskostenvollversicherung – nicht jedoch in der Krankheitskostenteil- und Krankenhaustagegeldversicherung – werden während des gesamten Versicherungsverlaufs die Kosten für maximal drei medizinisch notwendige Entziehungsmaßnahmen für stoffliche (z.B. Alkohol oder Drogen) und nichtstoffliche Süchte (z.B. Spielsucht) tarifgemäß übernommen, sofern

– anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht und

– diese in einer Kooperationsklinik durchgeführt werden. Findet die Behandlung in einer anderen als der Kooperationsklinik statt, werden die Kosten übernommen, die in der Kooperationsklinik angefallen wären.

Bei ambulanter Behandlung erfolgt die Kostenerstattung bis max. 70% der tariflichen Leistung, die bei stationärer Behandlung in einer Kooperationsklinik angefallen wären.

Voraussetzung für eine Erstattung ist eine schriftliche Leistungszusage vor Antritt der Behandlung.

Leistungen für Entwöhnungsbehandlungen auf Grund Nikotinabusus werden nicht erstattet.

- 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

(1.3) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) e) entfällt.

- 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.

(1.4) In Abänderung von § 5 (1) g) werden bei der Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kindern 60 % des einfachen Gebührenordnungssatzes der jeweils gültigen Gebührenordnung tarifgemäß erstattet.

- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(1.5) Aufwendungen, die im Leistungsumfang der Pflegepflichtversicherung enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig.

- (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.

(3.1) Bestehen Ansprüche auf staatliche Zuschüsse, Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Leistungen anderer Kostenträger, gilt § 5 (3) entsprechend.

- (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.

(1.1) Rechnungen sind im Original und als Urschrift erkennbar einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Es werden auch unbezahlte Rechnungen akzeptiert. Wenn nur die Erstattung von Krankenhaustagegeld beantragt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält.

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in € umgerechnet.

(4.1) Als Kurs des Tages nach § 6 (4) gilt der offizielle €-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß »Devisenkursstatistik«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

- (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.

(1.1) Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) auf den Monatsbeitrag in Höhe von 1 % bei 1/2jährlicher Zahlung und 2 % bei Jahreszahlung.

- (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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2.1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt. Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel innerhalb von Tarifen der HUK-COBURG-Krankenversicherung angerechnet.

Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, ist unbefristet.

- (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 Notagentarif 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.

- (6.1) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, werden Mahnkosten erhoben, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.
- (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.
- (7.1) Bei anderen als den in § 8 (6) genannten Versicherungen werden pro Mahnung ebenfalls Mahnkosten erhoben, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.
- (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.

§ 8 a 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 (die) bei In-Kraft-Treten 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.
- (2.1) Bei einer Änderung der Beiträge bzw. des Versicherungsschutzes (Tarifwechsel) erfolgt eine in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß § 8a (2) innerhalb von Tarifen mit gleichartigem Leistungsbereich. Dabei wird auf den Tarifbeitrag der bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichten Lebensaltersgruppe ein Umstellungsabatt eingeräumt.
- (2.2) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beiträge nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen sowie den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung in den technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund 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.
- (1.1) Der in § 8b (1) Satz 3 tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5 %.
- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (1.1) In Abänderung zu § 9 (1) wird auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung verzichtet.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Teil I § 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, wird eine versicherte Person versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung 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.
- (6.1) Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 (6) nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Teil I Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Teil I 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.
- (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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund 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.

§ 12 Aufrechnung

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

ENDE DER VERSICHERUNG

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
 - (1.1) Die Regelungen zur Vertragsdauer sowie zur Festlegung des Versicherungsjahres ergeben sich aus § 8 (2.1) AVB.
 - (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 Helfüorsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
 - (3.1) Kündigt der Versicherungsnehmer aufgrund Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 13 (3), steht dem Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht das Recht zu, eine Umwandlung der Krankheitskostenvollversicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz erweiternde Krankheitskostenteilversicherung zu beantragen. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Alter maßgebend. 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 Berechnungsgrundlage angerechnet.

Soweit der Leistungsumfang der Krankheitskostenteilversicherung – auch in Teilbereichen – nicht höher oder umfassender als der der zuvor bestehende Krankheitskostenvollversicherung ist, wird die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten vorgenommen.

Gleichfalls besteht das Recht, eine nach § 13 (3) gekündigte Krankheitskostenvollversicherung als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Wird eine Person auf Grund von Arbeitslosigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes krankensichert und erhält Leistungen von der Agentur für Arbeit bewilligt, besteht das Recht, die Krankheitskostenvollversicherung nach den Besonderen Bedingungen für das kurzfristige Ruhen der Krankenversicherung wegen Arbeitslosigkeit für maximal 6 Monate beitragsfrei ruhend zu stellen. Der Anspruch auf Leistungen ruht in dieser Zeit ebenfalls.

- (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.
- (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.

§ 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.
 - (2.1) Auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (2) für eine Krankheitskostenteilversicherung wird verzichtet
 - (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.

- (1.1) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungen fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. Vorgenannte Regelungen gelten entsprechend für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung.

- (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 Teil I Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund 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 höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe 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.

Zusatzvereinbarung für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherungsverträge:

- (1) Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 13 Teil I Abs. 8 MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.
- (2) Wechselt ein Versicherungsnehmer nach dem 31.12.2008 in Tarife, in denen Alterungsrückstellungen im Sinne des § 13 Teil I Abs. 8 Satz 1 gebildet werden, so findet auf diesen Vertrag § 13 Teil I Abs. 8 Satz 2 keine Anwendung.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

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

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.

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

VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ

§ 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 Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 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.

VERSICHERUNGSAUFSICHTSGESETZ

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 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 Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

FÜNFTES BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB V)

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

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen

Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.

BUNDESBEIHLFEVERORDNUNG (BBhV)

§ 40 Palliativversorgung

- (2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

SELBSTVERPFLICHTUNG

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung hat die nachstehende Selbstverpflichtungserklärung des PKV Verbands in der Fassung vom 09. Februar 2012 hinsichtlich der Durchführung von Lebendorganspenden in der Krankheitskostenvollversicherung unterzeichnet.

Vorbemerkung:

Die Private Krankenversicherung begrüßt und unterstützt Maßnahmen, die die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung erhöhen und die Durchführung von Lebendorganspenden (Organ- und Gewebespenden nach §§ 8 und 8a Transplantationsgesetz [TPG]) erleichtern. Organspender sollen keine Nachteile infolge der Lebendorganspende erleiden. Vor diesem Hintergrund verpflichtet sich die Private Krankenversicherung zu folgenden Leistungen:

1. Zuständigkeit der Privaten Krankenversicherung des Empfängers

Ist der Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a TPG (Organempfänger) privat versichert, trägt die Private Krankenversicherung nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger selbst, sondern sie tritt auch für die Absicherung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Seine Absicherung wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers. Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers im Sinne des § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz.

2. Leistungen an den Organspender

Ausgehend von den vorgenannten Maßstäben für den Umfang des Versicherungsschutzes erbringt die Private Krankenversicherung zur Absicherung des Organspenders folgende Leistungen, wenn der Organempfänger privat versichert ist:

- a) Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme erstattet die Private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang. Ergeben sich bei der Organentnahme unmittelbar Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch die Private Krankenversicherung des Organempfängers erstattet.
- b) Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten beim Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige aufgrund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden daher von der Privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.

- c) Weiterhin übernimmt die Private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG.
- d) Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten »Behandlungsort« werden ebenfalls von der Privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen.
- e) Die Private Krankenversicherung des Organempfängers stellt sicher, dass der Organspender aufgrund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten, keine Nachteile erleidet. Die Private Krankenversicherung erstattet daher unter dem rechtlichen Gesichtspunkt der Organbeschaffung dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstaufschlag. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und die Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender aufgrund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstaufschlag erleidet, erstattet die Private Krankenversicherung anstelle des Verdienstaufschlags dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.
- f) Vom Organempfänger in der Privaten Krankenversicherung vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.



Tarif ZZ Pro90

Teil III – Tarifbedingungen

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)



Krankheitskostenteilversicherung Teil III Zahn-Zusatzversicherung: Tarif ZZ Pro90

Inhalt

1. Allgemeine Regelungen
 - 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
 - 1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?
 - 1.3 Wer kann versichert werden?
2. Wartezeiten
3. Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze
 - 3.1 Welche Gebührenordnungen gelten?
 - 3.2 Wann gelten die Aufwendungen als entstanden?
 - 3.3 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?
 - 3.4 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?
4. Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen
 - 4.1 Was leisten wir für Zahnbehandlung?
 - 4.2 Was leisten wir für Zahnprophylaxe?
 - 4.3 Was leisten wir für Inlays (Einlagefüllungen)?
 - 4.4 Was leisten wir für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung?
 - 4.5 Was leisten wir für Zahnersatz?
 - 4.6 Was leisten wir für kieferorthopädische Behandlungen?
 - 4.7 Welche Höchstbeträge gelten für Material- und Laborkosten?
5. Leistungseinschränkungen
 - 5.1 Was gilt bei der Leistung für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne?
 - 5.2 Was gilt bei der Leistung für laufende bzw. angeratene oder beabsichtigte Behandlungen?
 - 5.3 Was gilt bei Tarifwechsel?
 - 5.4 Ist es sinnvoll, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
 - 5.5 Welche Höchstbeträge gelten für die versicherten Leistungen?
6. Services
 - 6.1 Gesundheitsportal
 - 6.2 Unterstützung
 - 6.3 Schnelligkeitsgarantie
7. Beiträge
8. Glossar

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Diese bestehen aus:

Teil I Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009),

Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG und

Teil III Tarifbedingungen des Tarifs ZZ Pro90.

Die Teile I und II gelten, soweit sie nicht durch die Bestimmungen des Teils III ergänzt oder geändert werden.

Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Zahn-Zusatzversicherung. Sie ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Für Empfänger der Heilfürsorge tritt an Stelle der GKV-Leistung die Leistung der Heilfürsorge. Soweit in diesen Bedingungen von GKV bzw. Leistungen der GKV gesprochen wird, sind hiervon auch die Empfänger der Heilfürsorge betroffen.

Wir bieten Versicherungsschutz für:

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe
- Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung
- Zahnersatz
- unfallbedingte Kieferorthopädie

Die genauen Leistungen haben wir unter Ziffer 4 beschrieben.

1.3 Wer kann versichert werden?

Sie können sich versichern, wenn Sie Anspruch auf Leistungen der GKV haben oder Empfänger der Heilfürsorge sind.

Wenn die jeweilige Eigenschaft wegfällt, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Wenn die Voraussetzung wegfällt, müssen Sie uns das unverzüglich in Textform mitteilen.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 der AVB entfallen.

3. Unsere Leistungen – allgemeine Grundsätze

3.1 Welche Gebührenordnungen gelten?

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen berechnet werden. Für ärztliche Leistungen ist das die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für zahnärztliche Leistungen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wir übernehmen die Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung.

Für die GOÄ bzw. GOZ handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des § 5 der Gebührenordnung.

3.2 Wann gelten die Aufwendungen als entstanden?

Die Aufwendungen rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung erfolgte.

3.3 Was gilt für die Anrechnung von Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers?

Bei Aufwendungen nach den Ziffern 4.1 bis 4.4 ist keine Vorleistung Ihrer GKV oder eines anderen Kostenträgers (z. B. Heilfürsorge) erforderlich. Wenn Ihre GKV oder ein anderer Kostenträger jedoch eine Vorleistung erbringt, übernehmen wir maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der GKV-Vorleistung. Sie können die Gesamtkosten maximal zu 100 % erstattet bekommen.

Wenn Sie in der GKV (z. B. im Rahmen eines Wahltarifs) oder in der Heilfürsorge einen Selbstbehalt vereinbart haben, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung. Er kann also nicht erstattet werden. Auch ein verbleibender Eigenanteil wegen

des Abbruchs bzw. erfolgloser Beendigung einer kieferorthopädischen Behandlung gilt als Vorleistung und wird nicht erstattet.

Wichtig: Bitte weisen Sie die GKV- oder sonstigen Vorleistungen durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Kostenbelegen nach.

Bei Zahnersatzmaßnahmen (Ziffer 4.5) ziehen wir die Leistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers von unserem Erstattungsbetrag ab.

Wenn Ihre GKV keine Leistung für den Zahnersatz erbringt, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung erfolgt, gelten fiktiv als Leistung der GKV pauschal 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. In diesem Fall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz zu 90 % abzüglich dieser fiktiven Leistung.

3.4 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?

Gesundheitspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus unter www.huk.de einsehbar.

Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

4. Unsere Leistungen – Höhe der Erstattungen

4.1 Was leisten wir für Zahnbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung zu **100 %**. Diese sind auf **200 €** pro Kalenderjahr begrenzt.

Als erstattungsfähige Zahnbehandlungen gelten z. B.:

- besondere Füllungen (hierzu zählen z. B. Komposit-, Kunststoff- oder Wurzelkanalfüllungen)
- Wurzelbehandlungen
- Parodontalbehandlungen
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion)
- Laserbehandlungen
- OP-Mikroskop (nach GOZ-Ziffer 0110)
- PACT - Photoaktivierte Chemotherapie
- VECTOR-Ultraschall-Behandlungen

4.2 Was leisten wir für Zahnprophylaxe?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe zu **100 %**. Diese sind auf **200 €** pro Kalenderjahr begrenzt.

Zur Zahnprophylaxe zählen z. B.:

- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnsteinentfernung
- Prothesenreinigung
- Erstellung eines Mundhygienestatus
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe
- Fissurenversiegelung

4.3 Was leisten wir für Inlays (Einlagefüllungen)?

Ein Inlay ist eine in einem zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays zu **90 %**.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen:

- die mit der Behandlung verbundenen Vor- und Nachbehandlungen (z. B. provisorische Versorgung, besondere Maßnahmen beim Füllen)
- die dabei anfallenden Honorar-, Material- und Laborkosten (Ziffer 4.7)

Wenn Sie ein mit uns kooperierendes zahntechnisches Labor oder einen mit uns kooperierenden Zahnarzt (Gesundheitspartner) nutzen, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten bzw. Honorarkosten auf **100 %**.

4.4 Was leisten wir für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung zu **100 %**. Diese sind auf **200 €** pro Kalenderjahr begrenzt.

Als besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gelten:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose

Voraussetzung ist, dass die Leistung in direktem Zusammenhang

- mit einer Zahnbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen) oder
- mit Zahnersatzmaßnahmen steht.

Diese Voraussetzungen entfallen bei Kindern bis zu ihrem 18. Geburtstag.

Nicht erstattet werden Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Zusammenhang mit Zahnprophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 4.2.

4.5 Was leisten wir für Zahnersatz?

Wenn Ihre GKV eine Leistung für Zahnersatz erbringt, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz zu **90 % abzüglich der Leistung Ihrer GKV**.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen:	1.500 €
davon 90 %:	1.350 €
abzgl. Festzuschuss der GKV:	450 €
unsere Leistung:	900 €

Wenn Ihre GKV keine Leistung für den Zahnersatz erbringt, z. B. weil die Behandlung durch Zahnärzte bzw. Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung erfolgt, gelten fiktiv als Leistung der GKV pauschal 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. In diesem Fall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz zu 90 % abzüglich dieser fiktiven Leistung.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen:	1.500 €
davon 90 %:	1.350 €
GKV zahlt nichts,	
dann abzgl. 40 % von 1.500 €:	600 €
unsere Leistung:	750 €

Wenn Sie ein mit uns kooperierendes zahntechnisches Labor oder einen mit uns kooperierenden Zahnarzt (Gesundheitspartner) nutzen, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten bzw. Honorarkosten auf **100 %**.

Als Zahnersatz gelten:

- prothetische, implantologische und augmentative Leistungen (Knochenaufbau)
- Versorgung mit Kronen jeder Art
- Verblendungen
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (z. B. Knirscherschiene, DROS-Schiene)
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen oder Provisorien
- die dabei anfallenden Honorar-, Material- und Laborkosten (Ziffer 4.7)

Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Wir erstatten die Anzahl der Implantate, die medizinisch notwendig ist.

Kosten für Verblendungen sind bis einschließlich Zahn 8 (letzter Zahn) erstattungsfähig. Sie gelten als Teil des Zahnersatzes.

Wir ergänzen die Leistung Ihrer GKV auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn Kronen, Brücken, Prothesen sowie deren Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung durchgeführt werden.

4.6 Was leisten wir für kieferorthopädische Behandlungen?

Wir erstatten ausschließlich Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines **Unfalls** erforderlich werden und **medizinisch notwendig** sind.

Wenn Ihre GKV keine Leistung erbringt, ersetzen wir die erstattungsfähigen kieferorthopädischen Behandlungskosten zu **90 %**.

Wenn Ihre GKV eine Leistung erbringt, ersetzen wir **90 % der Mehrkosten**, die nicht unter den Leistungsanspruch der GKV fallen.

Als Mehrkosten gelten insbesondere:

- Mini-Metallbrackets, Keramik- und Kunststoffbrackets
- unsichtbare Zahnspange (Invisalign)
- Lingualtechnik
- festsitzender Retainer
- konfektionierte herausnehmbare Geräte
- festsitzender Lückenhalter
- farbige oder farblose Bögen und Teilbögen
- thermisch programmierbare oder plastische Bögen und Teilbögen
- Pendulum
- Distal-Jet
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen

Für **alle kieferorthopädischen Maßnahmen** gilt:

Der Erstattungsbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit auf maximal **1.500 €** pro versicherte Person begrenzt. Er bezieht sich auf sämtliche während der Vertragslaufzeit stattfindenden kieferorthopädischen Behandlungen bzw. Mehrkosten.

Für die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Material- und Laborkosten gelten die Höchstbeträge gemäß Ziffer 4.7.

Ein eventuell verbleibender Eigenanteil wegen des Abbruchs bzw. erfolgloser Beendigung einer kieferorthopädischen Behandlung wird **nicht** erstattet.

4.7 Welche Höchstbeträge gelten für Material- und Laborkosten?

Bei der Erstattung der zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) legen wir maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde.

Die Erstattungshöchstsätze finden Sie im beigefügten Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV).

Darüber hinaus finden Sie dort auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z. B. Inlays oder Keramikronen.

Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich damit auch die Höhe der entsprechenden Positionen des PLV.

Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, gilt: Wir passen diese Positionen nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL an.

Die jeweils aktuelle Fassung des PLV können Sie über www.huk.de abrufen.

5. Leistungseinschränkungen

5.1 Was gilt bei der Leistung für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne?

Wir leisten nicht für Behandlungsmaßnahmen von Zähnen, die bereits bei Vertragsschluss fehlen und noch nicht ersetzt wurden. Weisheitszähne sind hiervon ausgenommen. Ein sogenannter „vollständiger Lückenschluss“ gilt nicht als fehlender Zahn.

Wenn bei einer medizinisch notwendigen Kronen-Brücken-Versorgung eine vor dem Vertragsschluss vorhandene Lücke geschlossen wird, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen anteilig. Dafür berechnen wir den Anteil der behandelten, vorhandenen Zähne an allen an der Zahnersatzmaßnahme beteiligten Zähnen.

Beispiel:

An drei Zähnen erfolgt eine Kronen-Brücken-Kronenversorgung, bei der der mittlere Zahn bei Vertragsschluss fehlte. Die anteilige Erstattung für diese Gesamtversorgung beträgt daher 2/3 der Tarifleistung (2 von 3 Zähnen).

Wenn sich die erstattungsfähigen Aufwendungen auf 2.500 € belaufen und sich die GKV mit einem Betrag von 800 € beteiligt, erstatten wir folgendermaßen:

- Tarifleistung: 90 % von 2.500 € abzgl. 800 € (GKV-Leistung) = 1.450 €
- Erstattung: 2/3 von 1.450 € = 966,67 €
- Zusammen mit der Leistung der GKV erhalten Sie: 966,67 € + 800 € = 1.766,67 €

5.2 Was gilt bei der Leistung für laufende bzw. angeratene oder beabsichtigte Behandlungen?

Wir leisten nicht für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen, die bereits bei Vertragsschluss geplant oder angeraten sind bzw. zu diesem Zeitpunkt durchgeführt werden – ausgenommen sind Zahnprophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 4.2.

5.3 Was gilt bei Tarifwechsel?

Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, gilt für die **Mehrleistung**:

Wir leisten nicht für Behandlungsmaßnahmen von Zähnen, die bereits bei Tarifwechsel fehlen und noch nicht ersetzt wurden. Weisheitszähne sind hier von ausgenommen. Ein sogenannter „vollständiger Lückenschluss“ gilt nicht als fehlender Zahn.

Außerdem leisten wir nicht für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen, die bereits bei Tarifwechsel geplant oder angeraten sind bzw. zu diesem Zeitpunkt durchgeführt werden – ausgenommen sind Zahnprophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 4.2.

5.4 Ist es sinnvoll, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wenn Sie rechtzeitig vor Beginn Ihrer Behandlung eine Kopie des Heil- und Kostenplans einreichen, informieren wir Sie gerne über die Höhe der voraussichtlichen Erstattung. Der Heil- und Kostenplan muss den Kostenvoranschlag des Zahnlabors mit den spezifischen Kosten für Material- und Laborkosten enthalten. Bitte lassen Sie im Falle von Zahnersatz und Kieferorthopädie den Plan von Ihrer GKV genehmigen.

Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

5.5 Welche Höchstbeträge gelten für die versicherten Leistungen?

Während der ersten fünf Versicherungsjahre gelten für die Erstattungen für Zahnersatz und Inlays pro versicherte Person folgende Höchstbeträge:

- 1.000 € im ersten Versicherungsjahr
- 2.000 € in den ersten beiden Versicherungsjahren
- 3.000 € in den ersten drei Versicherungsjahren
- 4.000 € in den ersten vier Versicherungsjahren
- 5.000 € in den ersten fünf Versicherungsjahren

Diese Begrenzungen entfallen bei Unfall.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

6. Services

6.1 Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können Sie sich zu den Themen Gesundheit, Aktuelles aus Medizin, Forschung und Reisemedizin informieren.

6.2 Unterstützung

Wir unterstützen Sie mit einem vielfältigen Angebot im Leistungsfall und rund um Ihren Vertrag.

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.huk.de.

6.3 Schnelligkeitsgarantie

Wir garantieren Ihnen eine Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollten wir dieses Versprechen nicht einhalten, zahlen wir Ihnen als „Entschuldigung“ 10 €.

Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei uns. Liegen Feiertage innerhalb dieses Zeitraums, verlängert sich die Frist entsprechend.

Voraussetzung für unser Versprechen ist lediglich, dass Sie zum Einreichen Ihrer Rechnungen den Leistungsscheck verwenden.

Bitte informieren Sie sich außerdem auf www.huk.de über weitere Einreichungsmöglichkeiten, die Ihnen die Schnelligkeitsgarantie sichern.

7. Beiträge

Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersgruppen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person:

Altersgruppe	Monatsbeitrag
0 bis 20 Jahre	6,00 €
21 bis 55 Jahre	21,50 €
Ab 56 Jahre	35,00 €

Für die Höhe der Erstbeiträge ist Ihr tatsächliches Alter am Monatsende vor dem Versicherungsbeginn ausschlaggebend. Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe dieses Alters.

Während der Vertragslaufzeit verändert sich der Beitrag ab dem Monatsersten nach Ihrem 21. bzw. 56. Geburtstag. Sie müssen dann den Beitrag der jeweils erreichten, nächsthöheren Altersgruppe zahlen.

Durch Beitragsanpassungen gemäß § 8 b der AVB können sich die genannten Beiträge verändern.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein

8. Glossar

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene medizinische und in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen.

Alterungsrückstellungen

Als Alterungsrückstellungen werden Rücklagen in der privaten Krankenversicherung für die Absicherung von Altersrisiken bezeichnet.

Augmentative Leistungen

Augmentative Maßnahmen dienen dem Knochenaufbau in Verbindung mit einer Implantatbehandlung.

Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL)

Das BEL enthält alle zahntechnischen Leistungen, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bei gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden können.

Befundbezogene Festzuschüsse

Für Zahnersatz erstatten die gesetzlichen Krankenkassen nur noch „Festzuschüsse“. Diese Festzuschüsse orientieren sich an über 50 verschiedenen Befunden. Man spricht daher auch von „befundorientierten Festzuschüssen“. Für jeden dieser Befunde sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine einfache und günstige Zahnersatzversorgung vor.

Erstattungsfähige Aufwendungen

Im Idealfall entspricht der Rechnungsbetrag den erstattungsfähigen Gesamtkosten. Wenn der Zahnarzt aber zum Beispiel einen höheren Gebührensatz als den Höchstsatz der Gebührenordnung verlangt, dann gibt es eine Differenz zwischen Rechnungsbetrag und erstattungsfähigen Aufwendungen. Gleiches gilt beispielweise, wenn höhere Material- oder Laborkosten in Rechnung gestellt werden, als die in dem zugrundeliegenden Preis-Leistungsverzeichnis.

Erstattungsvermerk

Als Erstattungsvermerk wird die Bestätigung der GKV oder eines anderen Kostenträgers bezeichnet. Daraus muss sich ergeben, ob und ggf. in welcher Höhe die berechneten Kosten erstattet werden/wurden.

Fissurenversiegelung

Es handelt sich hierbei um eine kariesvorbeugende Behandlung zum Schutz der Fissuren (spaltartige Vertiefung in den großen und kleinen Backenzähnen) – vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die GOÄ bzw. GOZ regelt die Abrechnung der (zahn-) ärztlichen Leistungen im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung.

Heilfürsorge

Die Heilfürsorge ist eine besondere Form der Fürsorge des Dienstherrn (Bund oder Land) gegenüber seinen Beamten. Sie gehört weder zur gesetzlichen noch zur privaten Krankenversicherung. Heilfürsorge wird speziell denjenigen Berufsgruppen gewährt, deren Tätigkeit besonders risikoreich und gefährlich ist, z. B. Polizeibeamte.

Implantologische Leistungen

Implantate sind künstliche Zahnwurzeln, die in den Kieferknochen eingepflanzt werden. Auf ihnen lassen sich z. B. Kronen oder Brücken verankern.

Krankenversicherung nach Art der Schaden

Die Prämie wird auf Basis einer jährlichen Betrachtung berechnet und kalkuliert keine Alterungsrückstellungen ein.

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)

Das Preis-Leistungsverzeichnis legt die maximalen Obergrenzen für Material- und Laborkosten fest, bis zu denen wir die Kosten anerkennen.

Rechnungsbetrag

Dabei handelt es sich um den Betrag, den der Zahnarzt dem Patienten direkt in Rechnung stellt – weil er ihn nicht über die Chip-Karte bei der GKV abrechnen kann.

Regelversorgung

Die Regelversorgung bezeichnet den als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehenen Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand.

Schriftform

Schriftform bedeutet: Schriftlich und mit eigenhändiger Unterschrift unterzeichnet.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, aber hier ist im Gegensatz zur Schriftform keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z. B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Unverzüglich bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

Vollständiger Lückenschluss

Von einem vollständigen Lückenschluss spricht man, wenn die Zähne so zusammenrücken, dass keine Lücke mehr vorhanden ist.

Verblendung

Mit einer Verblendung wird die Farbe einer Krone an die Farbe der anderen Zähne angepasst. Dabei wird zum Beispiel Kunststoff oder Metallkeramik verwendet.

Wahltarif

Wahltarife sind ein teils freiwilliges, teils gesetzlich vorgeschriebenes Angebot von gesetzlichen Krankenkassen, das von den gesetzlich Versicherten genutzt werden kann.

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)

Gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Erstattungsfähige Höchstbeträge (ohne MwSt. und ohne Material)

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €	Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
1	Modell	7,42 €	40	Verblendung Composite	82,89 €
2*	Implantatmodell / Spezialmodell	24,20 €	41	Zahnfleisch aus Kunststoff	18,04 €
3	Set-up Modell	12,94 €	42	Zahnfleisch aus Composite	22,46 €
4	Stumpfmmodell / Sägemmodell / Fräsmmodell / Modell nach Überabdruck	17,49 €	43	Verblendung Keramik	108,62 €
5	Doublieren	19,22 €	44	Zahnfleisch aus Keramik	38,94 €
6	Platzhalter einfügen / Verwendung von Kunststoff / Galvanisieren	15,69 €	45	Konditionierung je Zahn / Flügel	15,45 €
7	Set-up	11,84 €	46	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	15,10 €
8	Zahnkranz sockeln	6,38 €	47	Vorbereiten Krone / Krone einarbeiten / Stiftaufbau einarbeiten	15,60 €
9	Zahnkranz	6,04 €	48	Modellation gießen	22,43 €
10	Modellpaar trimmen	11,39 €	49*	Zuschlag Titan je Krone oder Brückenglied	19,59 €
11	Einstellen in Mittelwertartikulator / Montage in den Mittelwertartikulator oder Fixator	10,91 €	50*	Zuschlag Titan Teleskopkrone	38,04 €
12*	Remontage / Remontage-Modell	29,96 €	51*	Steg	110,63 €
13*	Modellmontage in indiv. Artikulator	16,14 €	52*	Steglasche / Stegreiter	58,78 €
14	Modellpaar sockeln	28,88 €	53*	Steggeschiebe individuell	122,15 €
15*	Montage eines Gegenkiefermodells	9,21 €	54	Individuelles Geschiebe / Ankerbandklammer / Rillen-Schulter-Geschiebe	243,83 €
16*	Einstellen nach Registrat	9,21 €	55*	Primär- / Sekundärteil: indiv. Geschiebe, Ankerbrücke, Ankerklammer, Rillenschulter	124,47 €
17	Basis für Konstruktionsbiss	13,44 €	56	Konfektionsgeschiebe / Konfektionsanker	120,86 €
18	Basis für Vorbissmaßnahme	10,76 €	57	Konfektionsgelenk / Konfektions-Riegel	120,86 €
19	Basis für Autopolymerisat / individueller Löffel, auch bei Implantatversorgung / Funktionslöffel / Basis für Bissregulierung / Stützstiftregistrierung	25,45 €	58	Primär- / Sekundärteil: Konfektionsgeschiebe, Konfektionsanker, Konfektionsgelenk, Konfektionsriegel	80,39 €
20	Bisswall	7,31 €	59	Sekundärteil wiederbefestigen, auch durch Lötten	80,39 €
21	Registrierplatte und -stift auf Basen	32,65 €	60*	Friktionsstift / Federbolzen / Schrauben / Bolzen	44,94 €
22	Übertragungskappe	27,96 €	61	Gefrästes Lager	59,35 €
23	Provisorische Krone oder Brückenglied	37,30 €	62	Schubverteilungsarm	59,81 €
24	Formteil	20,21 €	63*	Riegel individuell	210,90 €
25*	Inlay einflächig	102,57 €	64*	Riegel wiederherstellen bei Reparatur	129,06 €
26*	Inlay zweiflächig	114,08 €	65	Metallverbindung nach Brand bei Reparaturen	32,49 €
27*	Inlay drei- / mehrflächig	125,61 €	66	Metallbasis	158,36 €
28*	Keramikinlay, 1-, 2- oder mehrflächig	165,94 €	67	gegossene Klammern: einarmige Klammer / Inlayklammer / fortlaufende Klammer / Bonyhardklammer / Kralle / Ney-Stiel / Auflage / Umgebungsbügel	13,55 €
29*	Gussonlay	210,90 €	68	zweiarmige Klammer / Approximalklammer / Ringklammer / Rücklaufklammer / Bonyhardklammer Gegenlager / Doppelbogenklammer	24,83 €
30*	Veneer / Verblendschale	177,47 €	69	zweiarmige Klammer, Auflage / Approximalklammer, Auflage / Ringklammer, Auflage / Rücklaufklammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer, Auflage	33,53 €
31	Stiftaufbau	61,60 €	70	Bonwillklammer	61,20 €
32	Vollkrone Metall / Vollkrone Stufenpräparation / Krone für Kunststoffverblendung / Teilkrone Metall / Krone auf Implantat	93,66 €			
33	Wurzelstiftkappe	87,15 €			
34	Flügel für Adhäsivbrücke	91,66 €			
35*	vollkeramische Krone / Brückenglied, z. B. Zirkon, inkl. Verblendung, jeweils auch auf Implantat	182,07 €			
36	Brückenglied	67,01 €			
37	Teleskopierende Krone bei Neuversorgung	291,02 €			
38	Teleskopierende Primär- oder Sekundärkrone, nur bei Reparaturen	194,73 €			
39	Verblendung Kunststoff	66,56 €			



HUK-COBURG
Krankenversicherung

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
71	gebogene Klammern: Einarmige Klammer / Inlay-klammer / Interdental-Knopfklammer / Approximal-klammer, Auflage / Bonyhardklammer	11,04 €
72	zweiarmige Klammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer / Doppelbogenklammer	18,67 €
73	Rückenschutzplatte / Metallzahn / Metallkaufäche	44,30 €
74	Lösungsknopf für Friktionsprothese	12,82 €
75	Abschlussrand	20,43 €
76	Zuschlag einzelne Klammer	21,20 €
77	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	33,34 €
78	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,00 €
79	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,27 €
80	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,65 €
81	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	56,00 €
82	Fertigstellung je Zahn	3,61 €
83	Weichkunststoff / Sonderkunststoff ZE inkl. Material	60,49 €
84	Herstellung eines Zahns aus zahnfarbenem Kunststoff	25,36 €
85	Zahn zahnfarben hinterlegt	13,28 €
86	Aufbiss-Schiene / Knirscherschiene / Bissführungsplatte / Schiene mit adjustierter Oberfläche	148,89 €
87	Miniplastschiene / Retentionsschiene	88,37 €
88	Verband- / Verschlussplatte / Aufbissbehelf o. adjustierter Oberfläche	88,37 €
89	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	61,45 €
90	Festsitzende Schiene aus Metall mit adjustierter Oberfläche je Zahn	52,82 €
91*	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche je Zahn	24,20 €
92	Basis Einzelkiefergerät	68,21 €
93	Basis bimaxilläres Gerät / FKO / Positioner	144,11 €
94	Schiefe Ebene	57,17 €
95	Vorhofplatte	74,92 €
96	Kinnkappe	66,97 €
97	Aufbiss	13,44 €
98	Abschirmelement	22,79 €
99	Weichkunststoff (KFO) + Verarbeitung	59,78 €
100	Schraube einarbeiten	20,51 €
101	Spezialschraube einarbeiten	30,42 €
102	Trennen einer Basis	8,47 €
103	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	26,19 €
104	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen / modifiziert	35,48 €
105	Labialbogen, intermaxillär	40,32 €
106	Feder, offen	11,55 €
107	Feder, geschlossen	14,75 €
108	Verbindungselement intramaxillär	30,42 €
109	Verbindungselement intermaxillär	33,63 €
110	Verankerungselement	27,85 €
111	Einzelelement einarbeiten	14,42 €
112	Metallverbindung KFO	20,17 €
113	einarmiges Halte- oder Abstützelement	12,50 €
114	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	21,42 €
115	Grundeinheit für Instandsetzung und / oder Erweiterung einer KFO-Basis	23,31 €

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
116	Leistungseinheit Dehn- / Regulierungselement	9,66 €
117	Leistungseinheit Erneuerung eines Elementes / intermaxillär	16,81 €
118	Remontieren eines KFO-Gerätes ohne Kunststoffbasis	60,86 €
119	Retention gebogen	45,79 €
120	Retention gegossen	56,07 €
121	KFO-Basis erneuern	85,08 €
122	Grundeinheit für Instandsetzung und / oder Erweiterung für Zahnersatz	21,61 €
123	Leistungseinheit Sprung / Bruch / Einarbeiten Zahn / Basisteil Kunststoff / Klammer einarbeiten / Rückenschutzplatte / Kunststoffsaattel	9,30 €
124	Gegossenes Basisteil / Retentionsgitter	77,47 €
125	Metallverbindung	23,83 €
126	Teilunterfütterung	39,95 €
127	Vollständige Unterfütterung	63,46 €
128	Prothesenbasis erneuern	77,65 €
129	Auswechseln von Konfektionsteilen	13,59 €
130	Kronen- oder Brückenreparatur	39,94 €
131	Versandkosten	6,32 €
Implantatpositionen		
132*	Zahnfleischmaske Grundeinheit je Kiefer	32,27 €
133*	Zahnfleischmaske je Zahn	5,76 €
134*	Implantatmodell	24,20 €
135*	Modellimplantat repositionieren / Hilfsteil in Abdruck	13,82 €
136*	indiv. angefertigter Aufbau (Abutment) / Abändern des Implantataufbaus / Aufwand je Suprastruktur (1 x pro Implantat)	104,87 €
137*	Röntgenschablone inkl. Röntgenkugeln	46,09 €
138*	Implantatschablone / Bohrschablone inkl. Bohrhülsen	69,15 €
139*	Übertragungsschlüssel Pattern / Einbringhilfe (1 x pro Implantat)	42,64 €
UKPS-Positionen		
140	Modell UKPS	26,35 €
141	Doublieren eines Modells UKPS	19,22 €
142	Fixator UKPS	24,95 €
143	Mittelwertartikulator UKPS	24,95 €
144	Vorbereiten Bissgabel UKPS	22,30 €
145	Individueller Löffel UKPS	39,77 €
146	Basen UKPS	285,59 €
147	Vestibuläre Protrusionsgleitflächen UKPS	29,75 €
148	Befestigungselement Protrusionselement UKPS	27,09 €
149	Protrusionselement UKPS	27,09 €
150	Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzungselement UKPS	11,04 €
151	Einfaches gebogenes Halteelement UKPS	11,04 €
152	Teilunterfütterung Basis UKPS	55,22 €
153	Grundeinheit Instandsetzung und / oder Erweiterung UKPS	116,08 €
154	LE Erneuerung Basis UKPS	142,80 €
155	LE Sprung / Bruch UKPS	22,07 €
156	LE Basisteil Kunststoff UKPS	12,37 €
157	LE Halte- und / oder Stützvorrichtung einarbeiten UKPS	9,57 €
158	Versandkosten UKPS	16,61 €

Die Höhe der erstattungsfähigen Höchstbeträge wird fortlaufend aktualisiert, evtl. Veränderungen des BEL nach 04/2023 sind noch nicht berücksichtigt.

*Diese Leistungspositionen sind nicht im BEL (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis) verankert.



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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

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

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG

Kündigung und Fortfall des Versicherungsschutzes

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Vertragsänderung mit Leistungsausschlüssen oder Beitragszuschlägen

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Dies kann zu Leistungsausschlüssen oder Beitragszuschlägen führen.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind.

Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die **HUK-COBURG-Krankenversicherung AG** und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg
Telefon 09561 96-98201
Fax 09561 96-6990
E-Mail-Adresse info@huk-coburg.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datschutz@huk-coburg.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Antragsbearbeitung. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten im Rahmen der Bestands- und Leistungsbearbeitung z. B. zur Policierung und zur Bearbeitung des Leistungsfalls, sowie für ein Bestands-, Gesundheits-, Leistungsmanagement und zur Kundensteuerung.

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, Produkte und Services oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Ihre individuelle Situation und Bedürfnisse sind uns sehr wichtig. Wir versuchen daher, Ihnen Informationen zu geben und entsprechende Produkte und Dienstleistungen anzubieten, die zu Ihnen passen. Auch deshalb nutzen wir Ihre Daten für eine umfassende Analyse und Bewertung Ihrer Person und der gesamten Kundenbeziehung. Die Ergebnisse der Analyse können wir für verschiedene Zwecke verwenden, insbesondere um Ihr potentielles Interesse an Produkten und Leistungen der HUK-COBURG-Unternehmensgruppe zu ermitteln, Sie bedarfs- und zielgerichtet ansprechen zu können, entsprechend Ihrem Risikoprofil zur Ergänzung oder Anpassung bestehender Verträge sowie für Kulanzentscheidungen. Die Auswertung erfolgt anhand statistischer Verfahren unter Heranziehung der aktuellen Kundendaten und solcher aus der Vergangenheit.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, oder nutzen wir diese im Ausnahmefall zu Forschungszwecken, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der HUK-COBURG-Unternehmensgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen, soweit Sie dazu der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben,

- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können,
- zur Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache,
- für versicherungsrelevante Forschungszwecke z. B. Unfallforschung.

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir teilweise bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Auszüge Ihrer pseudonymisierten Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit sich dieser ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

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

Externe Dienstleister:

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

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden) oder Kreditinstitute zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs.

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 1349
91504 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. Mitnahme der portablen Alterungsrückstellungen in der Krankheitskostenvollversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer und dem PKV-Verband erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München oder der Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung durch die Auskunft i.S.d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. können Sie für die CRIF Bürgel GmbH unter <https://www.crifbuergel.de/de/datenschutz> oder die Creditreform Boniversum GmbH im Internet unter <https://www.boniversum.de/eu-dsgvo> abrufen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten im Rahmen der Leistungsbearbeitung eine Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) erforderlich sein, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien vorhanden sind, die die Einhaltung eines angemessenen Datenschutzniveaus sicherstellen, oder Sie im Einzelfall Ihre Einwilligung dazu erteilt haben. Im Regelfall haben wir mit betroffenen Dienstleistern die Standardvertragsklauseln der EU-Kommission abgeschlossen und im Rahmen einer Risikobetrachtung weitere Maßnahmen implementiert.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht.

Die vollautomatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken und den daraus abgeleiteten Regeln und Bearbeitungsrichtlinien sowie vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Dienstleisterliste

Stand: 11.2023

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags:	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg	Bereitstellung der technischen Infrastruktur und Übernahme der Risikoprüfung, Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung sowie zentraler Funktionen, insbesondere Datenverarbeitung, Inkasso, interne Revision, Rechtsabteilung, Vertrieb und Datenschutz
HUK-COBURG Assistance GmbH	Notrufzentrale für technische, medizinische und Haus-Assistanceleistungen im In- und Ausland Telefonische Serviceleistungen, Outbound-Telefonie, Dokumenten Depot, Medizinische Notrufzentrale Steuerung, Betreuung und Organisation medizinischer Fälle inkl. Bodenrücktransporte im europäischen Ausland
CRIF Bürgel GmbH, Creditreform AG	Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Private Healthcare Assistance GmbH, weitere Assisteure	Übernahme, Koordination und Überprüfung von Auslandsleistungen, Betreuung und Organisation komplexer medizinischer Fälle, Krankenrücktransporte, Rechnungsprüfung, sonstige medizinische Assistance-Fälle, Case Management
Almeda GmbH	Medizinische Hotline, Medizinische Beratung (Online-Sprechstunde)
Kaia Health Software GmbH	Medizinische Anwendung (Rückentraining)
GSC Service- und Controlling GmbH	Beratung zur betrieblichen Krankenversicherung
Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	Ermittlung von Kalkulationsgrundlagen, Erhebung von Verbandsstatistiken und Durchführung von Ausgleichsverfahren, z. B. für die Pflege-Pflichtversicherung
Insiders Technologies GmbH	Bereitstellung einer App für die papierlose Rechnungseinreichung
Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder Dienstleistungserbringung erfolgt durch viele verschiedene Dienstleister:	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
Adressermittlung	Adressprüfung
Assisteure	Assistance-Leistungen
Call-Center	Outbound-Telefonate
Cloud Anbieter	Cloud-Dienstleistungen
Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Dokumenten und Hardware
HUK-COBURG Vermittlungsgesellschaft für Finanzdienstleistungen mbH	Vermittlung von Finanzdienstleistungsprodukten
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und TK-Dienstleister	Wartung, Programmierung und Test, Beratung- und Unterstützungsleistungen, Datenübertragung
Lettershops	Portooptimierung, Druck und Versand personalisierter Postsendungen
Loancos GmbH	Verwaltung grundpfandrechtlich gesicherter Darlehen
mailingwork GmbH	Versand von personalisierten E-Mails zu Werbezwecken und Bestandskundeninformationen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rechtsanwälte	Prozessführung, Forderungseinzug
Rückversicherungen	Rückversicherungsgeschäft
SAS Institute GmbH	Versand von personalisierten Push-Notifications zu Werbezwecken und Bestandskundeninformationen
Wirtschaftsprüfer	Buchführung
Zahlungsdienstleister	Abwicklung von Zahlungsverkehr
Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfung, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft	Prüfung und Beratung zur ausländischen Versicherungsteuer
Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung
Hinweise	
Ziel dieser Dienstleisterliste ist es, auf Grundlage der Einwilligungs- und Schweigepflicht-entbindungserklärung sowie den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten zu schaffen. In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für die HUK-COBURG verarbeiten. Jeder Betroffene kann der Übermittlung seiner Daten an die oben genannten Dienstleister widersprechen, z. B. schriftlich oder per E-Mail an info@huk-coburg.de . In diesem Fall unterbleibt eine Datenübermittlung, wenn eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse der HUK-COBURG überwiegt. In der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung betrifft dies teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte personenbezogene Daten (z. B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.	



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. den Inhalt des Versicherungsvertrages, an andere Stellen, z. B. die HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg oder Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg (oder per E-Mail an Info@HUK-COBURG.de bzw. per Fax an 09561/96-6990) zu widerrufen. **Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.**

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG (unter 2.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können. Bei Bedarf werden wir darüber hinaus eine auf den Einzelfall bezogene Einwilligung bei Ihnen einholen, z. B. zur Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung oder zur Prüfung der Leistungspflicht.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der HUK-COBURG-Gruppe oder einer anderen Stelle. Beispielsweise werden die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung und der Vertrieb zentralisiert von der HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg wahrgenommen. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.HUK.de/datenschutz eingesehen oder bei HUK-COBURG, Datenschutzbeauftragte, 96444 Coburg, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die HUK-COBURG Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.



Informationen zu Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr nach Art. 246c EGBGB

Ein Versicherungsvertrag kommt über unsere Webseite mit der Versicherung, die den jeweiligen Vertrag anbietet, in mehreren Schritten zu Stande.

Bei den auf unserer Webseite dargestellten Versicherungen handelt es sich nicht um ein rechtlich verbindliches Angebot. Sie können unter den von uns dargestellten Versicherungen, die von Ihnen gewünschte Versicherung auswählen und unverbindlich eine Anfrage zum Abschluss einer Versicherung beginnen. Wir fragen dann in mehreren nacheinander folgenden Formularen verschiedene vertragsnotwendige Informationen von Ihnen ab.

Im Rahmen des Vertragsschlusses können Sie sich in Ihren Account für den Servicebereich „Meine HUK“ einloggen bzw. können einen solchen Account erstellen. Sie können aber auch ohne einen solchen Account fortfahren. Nach Eingabe aller vertragsnotwendigen Informationen und Auswahl der von Ihnen gewünschten Leistungen gelangen Sie im letzten Abschnitt auf eine Übersichtsseite. Nach Herunterladen der vertragswesentlichen Dokumente können Sie dort eine verbindliche Erklärung zum Abschluss des ausgewählten Versicherungsvertrages abgeben, indem Sie auf den Button klicken, der mit „Jetzt für“, dem Betrag der Versicherungsprämie, sowie „beantragen“ beschriftet ist. Der Vertrag über diese Versicherung kommt zustande, indem der jeweils aus den Versicherungsbedingungen hervorgehende Versicherer oder ein von diesem bevollmächtigtes Unternehmen, den von Ihnen so abgegebenen Antrag annimmt. Hierzu erhalten Sie zunächst eine automatische Eingangsbestätigung per E-Mail. Nach erfolgter Bearbeitung erhalten Sie daraufhin eine Annahmeerklärung per E-Mail. Anschließend erfolgt der Versand der Police.

Sie können Eingabefehler erkennen, indem Sie unmittelbar vor Abgabe Ihres Antrags auf der Übersichtsseite noch einmal Ihre Eingaben abrufen können. Eventuell festgestellte Eingabefehler können Sie berichtigen, indem Sie auf die jeweilige Eingabemaske zurück gehen und dort die Eingabe korrigieren.

Der Vertragstext wird von uns gespeichert. Wenn Sie den Servicebereich „Meine HUK“ nutzen und sich bei Vertragsschluss dort eingeloggt haben, oder den Vertrag später mit Ihrem Account verknüpfen, ist er Ihnen im dortigen Vertragsordner zugänglich.

Vertragssprache ist Deutsch.

Sämtliche Unternehmen der HUK-COBURG Versicherungsgruppe haben sich dem Verhaltenskodex des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft für den Vertrieb von Versicherungsprodukten unterworfen, den Sie auf der Seite <https://www.gdv.de/de/themen/news/verhaltenskodex-fuer-den-vertrieb-11518> abrufen können.



HUK-COBURG

Versicherungsnehmer:

asd asd
Ritter-Hausten-Straße 14
56766 Ulmen

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Zahlungsempfänger:

HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
Bahnhofplatz, 96444 Coburg

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers:

DE17ZZZ00000031285

Mandatsreferenz:

wird separat mitgeteilt

Mandat gültig für:

Zahnezusatzversicherung
Versicherungsantrag vom 06.02.2024

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Angaben zum Kontoinhaber:

asd asd
Ritter-Hausten-Straße 14
56766 Ulmen

Kontoverbindung:

IBAN: DE97 5776 1591 0665 3942 00
BIC: GENODED1BNA
Name des kontoführenden Kreditinstitutes:
VR BANK RHEINAHREIFEL



Beratungsprotokoll zur Onlineberatung für eine private Krankenzusatzversicherung

vom 06.02.2024

Angaben zu Ihrer Person

Persönliche Daten des Antragsstellers: Anrede:
Titel:
Name: asd asd
Geburtsdatum: 12.03.1993

Ihre Anschrift

Straße und Hausnummer: Ritter-Hausten-Straße 14
PLZ und Wohnort: 56766 Ulmen

Ihr persönlicher Berater:

Kundendienstbüro
Steffen Hausdörfer
Kaltenborner Str. 77
36433 Bad Salzungen
Telefon: 03695 8505741
Handy: 0173 3790188
Fax: 0800 2875323238
E-Mail: steffen.hausdoerfer@hukvm.de

Beratungswünsche

Thema Gesundheitsvorsorge
Zusatzversicherungen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Empfehlung zur Gesundheitsvorsorge:

Zahnezusatzschutz

Gründe für den erteilten Rat:

Durch unsere Zahnezusatzversicherung erfolgt die Behandlung beim Zahnarzt als Privatpatient. Wir erstatten u. a. Zahnersatz, Implantate und Inlays sowie Kieferorthopädie und Prophylaxeleistungen.



Vermittler-Informationen von HUK-COBURG Kundendienstbüro Steffen Hausdörfer

Durch Ihre Kontaktaufnahme sind wir gesetzlich verpflichtet, Ihnen Informationen über Ihren persönlichen Berater zu geben.

Diese Erstinformation ist in der Versicherungsvermittlungsverordnung – VersVermV geregelt.

https://www.gesetze-im-internet.de/versvermv_2018/

Kundendienstbüro
Steffen Hausdörfer
Kaltenborner Str. 77
36433 Bad Salzungen
Tel. 03695 8505741
Mobil 0173 3790188

Öffnungszeiten: Mo - Do 8 - 17 Uhr, Fr 8 - 12 Uhr, u.n.V.

Routenplanung zu Steffen Hausdörfer in 36433 Bad Salzungen

<https://www.google.de/maps?daddr=50.80148,10.23369&hl=de>

Informationen über den Vermittler

Der Vermittler ist gebundener Versicherungsvermittler gem. §34d GewO, bei der zuständigen IHK gemeldet und in das Vermittlerregister eingetragen. <https://www.vv-register.de/>

IHK-Register-Nr. D-AC1J-BNQWR-80 sowie die zuständige Behörde ist einsehbar unter: <https://www.vermittlerregister.info/recherche>.

Anschrift DIHK

Deutscher Industrie- und Handelskammertag, Breite Straße 29, 10178 Berlin, Telefon 0180 6005850 (Festnetzpreis 0,20 €/Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/Anruf)

Der Vermittler berät ausschließlich Versicherungsprodukte der HUK-COBURG-Versicherungsgruppe, zu denen die im Impressum <https://www.huk.de/vm/steffen.hausdoerfer/impressum.html>

abgebildeten Gesellschaften gehören, sowie zu Bausparprodukten. Der Vermittler erhält für die erfolgreiche Vermittlung eine Provision, die in der Versicherungsprämie enthalten ist, sowie, abhängig von weiteren Voraussetzungen, zusätzliche weitere Zuwendungen von der HUK-COBURG. Im Fall von Beschwerden über den Vermittler oder das Versicherungsunternehmen können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, oder den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, wenden, um das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen.

Anschrift: Zuständige Erlaubnis- & Registerbehörde

Industrie und Handelskammer

Registernummer: D-AC1J-BNQWR-80

<https://www.vermittlerregister.info/recherche?a=suche®isternummer=D-AC1J-BNQWR-80>

Bad Salzungen, 06.02.2024

VM-Nummer:

43/0406-J

Folgen Sie uns

