

Verbraucherinformation für die betriebliche Krankenzusatzversicherung (bKV)

Ihr Vertragspartner – die HALLESCH

Sie schließen Ihren Gruppenversicherungsvertrag mit der HALLESCH Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart
(Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

HALLESCH Krankenversicherung a.G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Dr. Walter Botermann

Postanschrift

HALLESCH
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet:

Telefon: 07 11/66 03-2723, Fax: 07 11/66 03-2357,
E-Mail: Direktion.GA@hallesche.de, Internet: www.hallesche-exklusiv.de

Sicherungsfonds

Die HALLESCH gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet:
Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Der Gruppenversicherungsvertrag besteht zwischen Ihnen und der HALLESCH, daneben gelten für die jeweilige Versicherung die gültigen Versicherungsbedingungen der ausgewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.

- Die „Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen“ bzw. die „Zusatzbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen“ ergänzen oder ändern jeweils die gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht« sowie in den „Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen“ bzw. in den „Zusatzbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen“ unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes«.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zum jeweiligen Versicherungsfall abgeschlossen sind. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter »Auszahlung der Versicherungsleistungen«.

Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Hauptversicherten oder einer sonstigen empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Bitte lesen Sie hierzu die Regelungen im Gruppenversicherungsvertrag nebst dem Anhang bzw. den Anhängen und in den AVB unter »Auszahlung von Versicherungsleistungen«.

Gesamtpreis der Versicherung

Wie sich der Preis für die gewählten Tarife errechnet, lesen Sie jeweils auf dem Beitragsblatt, das dem Gruppenversicherungsvertrag beiliegt.

Bei Abschluss der arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung ist der Gesamtpreis außerdem für die jeweiligen Versicherungsverhältnisse auf der Anmeldung oder aus dem Online-Anmeldetool ersichtlich.

Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Beitragszahlung

Die Beitragszahlung erfolgt in der arbeitgeberfinanzierten bKV durch den Versicherungsnehmer und in der arbeitnehmerfinanzierten bKV durch den Hauptversicherten. Soweit Beitragszahlung durch den Versicherungsnehmer vereinbart ist entnehmen Sie die Einzelheiten bitte dem Anhang zum Gruppenversicherungsvertrag sowie den AVB unter »Beitragszahlung« und in den jeweiligen Zusatzbedingungen unter »Beitragszahlung«.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages und Vertragsbeginn

Der Gruppenversicherungsvertrag kommt zustande mit dem Zugang des vom Versicherer gegengezeichneten Vertragsexemplars beim Versicherungsnehmer.

Ist kein Beginndatum vereinbart, so gilt das Datum der letzten Unterschrift unter diesen Vertrag als Beginndatum.

Sobald der Gruppenversicherungsvertrag geschlossen wurde, können die Personen aus dem versicherbaren Personenkreis mithilfe der entsprechenden Anmeldetools bei uns zum Versicherungsschutz angemeldet werden.

Beginn des Versicherungsschutzes

Bei Abschluss einer arbeitgeberfinanzierten bKV beginnt das Versicherungsverhältnis zum 1. des Monats, in dem der Hauptversicherte in das Unternehmen des Versicherungsnehmers eintritt, jedoch nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenvertrages. Geht die Anmeldung erst im übernächsten Kalendermonat (oder später) nach dem Tag des Eintritts in das Unternehmen dem Versicherer zu, gilt abweichend von Satz 1 als frühester Beginn des Versicherungsverhältnisses der 1. des Monats, in dem die Anmeldung dem Versicherer zugeht.

In der arbeitgeberfinanzierten bKV besteht Versicherungsschutz ab Beginn des Versicherungsverhältnisses. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind, wird ab Beginn des Versicherungsverhältnisses geleistet, sofern die jeweiligen Zusatzbedingungen nichts Gegenteiliges vorsehen. Die genauen Regelungen finden Sie in den „Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen“ unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes«.

Abweichend davon beginnt in der arbeitnehmerfinanzierten bKV der jeweilige Versicherungsschutz mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

Desweiteren besteht in der arbeitnehmerfinanzierten bKV kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind, sofern die jeweiligen Zusatzbedingungen nichts Gegenteiliges vorsehen. Die genauen Regelungen finden Sie in den „Zusatzbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen“ unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes« und »Wartezeiten«.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz in der arbeitnehmerfinanzierten bKV ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Genauer lesen Sie auch in den AVB unter »Beginn des Versicherungsschutzes« und, - soweit vorgesehen -, unter »Wartezei-

ten« sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind - und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCH Krankenversicherung a. G.

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Besondere Hinweise

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

Ihre

HALLESCH Krankenversicherung

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Dieser Gruppenversicherungsvertrag ist unbefristet. Ebenso sind die Versicherungsverhältnisse unbefristet. In der arbeitnehmerfinanzierten bKV gilt eine Mindestvertragslaufzeit von 2 Jahren.

Die Möglichkeiten der Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen lesen Sie im Gruppenversicherungsvertrag unter »Laufzeit des Vertrages« sowie bezogen auf die einzelnen Versicherungsverhältnisse – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter »Kündigung durch den Versicherungsnehmer«, »Ende des Versicherungsschutzes«, »Sonstige Beendigungsgründe«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. In den »Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen“ finden Sie unter »Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag«, »Wechsel innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages«, »Weiterversicherung in der Einzelversicherung« und in den »Zusatzbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen“ unter »Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag« und »Weiterversicherung« weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages oder eines Versicherungsverhältnisses aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Im Rahmen eines einzelnen Versicherungsverhältnisses ist der Versicherer gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages oder bei einer Anmeldung kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag insoweit anfechten.

Ist der Beitrag vom Hauptversicherten direkt an den Versicherer zu zahlen, berechnet der Versicherer im Falle eines Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages dem Hauptversicherten eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung ist an die HALLESCHE Krankenversicherung zu richten. Die Kündigung eines Versicherungsverhältnisses gegenüber dem Versicherer bedarf der Textform.

Vertragsprache, anwendbares Recht

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf den Gruppenversicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen. Tel.: 07 11/66 03-2027, Fax: 07 11/66 03-2357, E-Mail: Direktion.GA@hallesche.de

Sie können daneben aber auch kostenfrei eine außergerichtliche Streitschlichtung in Anspruch nehmen.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Die HALLESCHE Krankenversicherung a. G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle »OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung« teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefon: 0 800/255 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 0 30/20 45 89 31
E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann ist, dass

- bereits eine Stellungnahme der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. vorliegt und
- die Streitigkeit nicht bereits beigelegt ist und
- der Wert des Streitgegenstands mindestens 50 Euro beträgt und
- der Anspruch nicht bereits verjährt ist und sich der Versicherer auf die Verjährung beruft und
- nicht bereits ein Verfahren bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist oder war und
- der Vorgang noch nicht an ein Gericht weitergeleitet wurde, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Verfahrens angeordnet, und
- kein vom Gericht wegen Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung abgewiesener Prozesskostenhilfefantrag vorliegt.

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die HALLESCHE

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der HALLESCHE Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart (Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Dr. Walter Botermann

Postanschrift

HALLESCHE
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die HALLESCHE gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese die jeweils gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungs-

schutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht« sowie in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes«.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen sind. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter »Auszahlung der Versicherungsleistungen«.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf der Anmeldung beziehungsweise auf der Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsbestätigung. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann von der Anmeldung abweichen, wenn dieser beispielsweise auf der Anmeldung falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der HALLESCHE vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrer Anmeldung vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig.

Bitte beachten Sie: Bei der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung ist jeweils der gesamte Jahres- bzw. Einmalbeitrag fällig, und es ist nur das Lastschriftverfahren möglich.

Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter »Beitragszahlung«.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Abgabe Ihrer Anmeldung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihre Versicherungsbestätigung erhalten. Die HALLESCHE verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.
2. Sie haben bei der HALLESCHE eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Anmeldung (Annahmeerklärung) und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die HALLESCHE zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Anmeldung (Annahmeerklärung) bei der HALLESCHE.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages. Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu 2 Monate vor Zugang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung liegen, wenn die AVB dies vorsehen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein. Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter »Beginn des Versicherungsschutzes« und, soweit vorgesehen, unter »Wartezeiten« sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« und in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes« und unter »Wartezeiten«.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind – und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem

Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Besondere Hinweise

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

Ihre

HALLESCHE Krankenversicherung

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif *plusU* und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter »Kündigung/Abmeldung durch den Versicherungsnehmer«, »Ende der Versicherung«, »Sonstige Beendigungsgründe«, »Weiterversicherung«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt. In den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag finden Sie unter »Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag« und »Weiterversicherung« weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE Krankenversicherung zu richten.

Vertragssprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter »Gerichtsstand«.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen.

HALLESCHE Service-Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33,
E-Mail: service@hallesche.de

Sie können daneben aber auch kostenfrei eine außergerichtliche Streitschlichtung in Anspruch nehmen.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Die HALLESCHE Krankenversicherung a. G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle »OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung« teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefon: 0 800/255 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 0 30/20 45 89 31
E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann ist, dass

- bereits eine Stellungnahme der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. vorliegt und
- die Streitigkeit nicht bereits beigelegt ist und
- der Wert des Streitgegenstands mindestens 50 Euro beträgt und
- der Anspruch nicht bereits verjährt ist und sich der Versicherer auf die Verjährung beruft und
- nicht bereits ein Verfahren bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist oder war und
- der Vorgang noch nicht an ein Gericht weitergeleitet wurde, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Verfahrens angeordnet, und
- kein vom Gericht wegen Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung abgewiesener Prozesskostenhilfeantrag vorliegt.

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Zusatzinformation für die substitutive Krankenversicherung (Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung)

Krankheitskosten und Beitragsentwicklung

Das Qualitätsmerkmal »Preis-Leistungs-Verhältnis« wird bei uns durch eine hohe Beitragsstabilität unterstrichen. So fielen Beitragsanpassungen in den vergangenen Jahren im Marktvergleich moderat aus. So moderat sie auch ausfallen: Beitragsanpassungen sind auf den ersten Blick nicht erfreulich. Und doch sind sie erforderlich, wenn man sich vor Augen hält, dass

- Deutschland eines der besten, aber auch eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt hat.
- der medizinische Fortschritt immer mehr ermöglicht, aber auch mehr kostet.
- sich mit diesem Fortschritt auch Ihr Versicherungsschutz erweitert.
- die Lebenserwartung – erfreulicherweise – immer weiter steigt.

Wir können die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht unmittelbar beeinflussen.

Um aber die Auswirkungen auf Ihren Beitrag abzumildern, setzt die HALLESCHE erhebliche finanzielle Mittel ein.

Möglichkeiten und Maßnahmen zur Beitragsbegrenzung im Alter

Dank des Kapitaldeckungsverfahrens werden vom ersten Tag an Alterungsrückstellungen für die Versicherten gebildet. Diese werden für das Alter angelegt und ermöglichen Entlastungen des Beitrags. Darüber hinaus gibt es viele weitere Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter:

- Mit der modifizierten Beitrags-Zahlung *MBZ/flex* der HALLESCHE können Sie in eigener Regie Ihren Beitrag im Alter für die Krankenversicherung senken. Das Prinzip ist einfach: Heute etwas mehr zahlen, dafür im Alter weniger.
- In der Vollversicherung wird zwischen dem 21. bis zum 60. Lebensjahr ein gesetzlich vorgeschriebener Zuschlag in Höhe von 10 % erhoben, der in die Alterungsrückstellungen fließt. Ab Alter 65 werden damit Beitragsanpassungen abgemildert.
- Die durch die Alterungsrückstellungen erzielten Zinsen werden den Versicherten gutgeschrieben (zusätzliche Zuschreibung) und tragen ebenso zur Abmilderung von Beitragsanpassungen bei.
- Das Krankentagegeld entfällt mit Ende der Berufstätigkeit. Dadurch sinkt die Beitragshöhe automatisch.
- Beim Rentenversicherungs-Träger kann ein Zuschuss zum Beitrag beantragt werden. Dieser beträgt die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der GKV auf die gesetzliche Rente, maximal der Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.
- Sie können Ihren Beitrag auch über einen Tarifwechsel beispielsweise in eine höhere Selbstbehaltstufe verringern.

Darüber hinaus bietet die HALLESCHE den brancheneinheitlichen Basistarif an. Dieser Grundschutz ist auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Der Beitrag entspricht maximal dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag im Basistarif halbiert werden.

Die Entscheidung für den Basistarif sollte nur in bestimmten Ausnahmefällen getroffen werden. In den Basistarif können versicherte Personen dann wechseln, wenn der Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung bei der HALLESCHE ab dem 01.01.2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. 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.

Daneben bietet die HALLESCHE für vor dem 01.01.2009 abgeschlossene Verträge weiterhin den brancheneinheitlichen Standardtarif an. Der Beitrag ist begrenzt auf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die versicherten Personen können u. a. dann in den Standardtarif wechseln, wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einer substitutiven Krankenversicherung verfügen.

Wechselmöglichkeiten in die GKV

Ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung ist begrenzt möglich, bspw. bei Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses unterhalb der Jahresbeitragsgrenze oder bei Eintritt von Arbeitslosigkeit. Ab dem 55. Lebensjahr ist der Wechsel in der Regel ausgeschlossen.

Wechselmöglichkeit zu einer anderen privaten Krankenversicherung

Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann besonders im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein. Gegebenfalls ist ein Wechsel auf den Basistarif beschränkt.

Die Abschlusskosten Ihres Versicherungsvertrags

Für die Vollversicherung finden Sie Informationen zu den Abschlusskosten sowie den übrigen in die Prämie einkalkulierten Kosten auf dem beiliegenden Produktinformationsblatt. Darüber hinaus entstehen für Sie keine sonstigen Kosten.

Prämienzuschlag für Nichtversicherte

Seit 1. Januar 2009 muss jede Person mit Wohnsitz in Deutschland krankenversichert sein. Wird diese Pflicht nicht erfüllt, ist für die Zeit der Nichtversicherung zusätzlich zum Beitrag ein einmaliger Zuschlag zu entrichten. Bitte lesen Sie die Einzelheiten in den AVB unter »Beitragszahlung«. Die Höhe des etwaigen Prämienzuschlags teilen wir Ihnen gesondert mit.

Beitragsentwicklung

Für die Vollversicherung finden Sie die Beitragsentwicklung auf dem beiliegenden Informationsblatt.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. 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.

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die HALLESCHE

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der HALLESCHE Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart (Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Christoph Bohn

Postanschrift

HALLESCHE
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-333,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die HALLESCHE gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese die jeweils gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des

Versicherungsschutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht« sowie in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes«.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen sind. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter »Auszahlung der Versicherungsleistungen«.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf der Anmeldung beziehungsweise auf der Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsbestätigung. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann von der Anmeldung abweichen, wenn dieser beispielsweise auf der Anmeldung falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der HALLESCHE vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrer Anmeldung vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig.

Bitte beachten Sie: Bei der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung ist jeweils der gesamte Jahres- bzw. Einmalbeitrag fällig, und es ist nur das Lastschriftverfahren möglich.

Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter »Beitragszahlung«.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Abgabe Ihrer Anmeldung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihre Versicherungsbestätigung erhalten. Die HALLESCHE verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.
2. Sie haben bei der HALLESCHE eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Anmeldung (Annahmeerklärung) und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die HALLESCHE zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Anmeldung (Annahmeerklärung) bei der HALLESCHE.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu 2 Monate vor Zugang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung liegen, wenn die AVB dies vorsehen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein.

Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter »Beginn des Versicherungsschutzes« und, soweit vorgesehen, unter »Wartezeiten« sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« und in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes« und unter »Wartezeiten«.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind – und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

**HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.**

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den

Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Besondere Hinweise

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

Ihre

HALLESCHE Krankenversicherung

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif *plus.U* und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter »Kündigung/Abmeldung durch den Versicherungsnehmer«, »Ende der Versicherung«, »Sonstige Beendigungsgründe«, »Weiterversicherung«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt. In den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag finden Sie unter »Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag« und »Weiterversicherung« weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE Krankenversicherung zu richten.

Vertragssprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter »Gerichtsstand«.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen.

HALLESCHE Service-Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03 -3 33,
E-Mail: service@hallesche.de

Sie können daneben aber auch kostenfrei eine außergerichtliche Streitschlichtung in Anspruch nehmen.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Die HALLESCHE Krankenversicherung a. G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle »OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung« teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefon: 0 800/255 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 0 30/20 45 89 31
E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann ist, dass

- bereits eine Stellungnahme der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. vorliegt und
- die Streitigkeit nicht bereits beigelegt ist und
- der Wert des Streitgegenstands mindestens 50 Euro beträgt und
- der Anspruch nicht bereits verjährt ist und sich der Versicherer auf die Verjährung beruft und
- nicht bereits ein Verfahren bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist oder war und
- der Vorgang noch nicht an ein Gericht weitergeleitet wurde, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Verfahrens angeordnet, und
- kein vom Gericht wegen Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung abgewiesener Prozesskostenhilfeantrag vorliegt.

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße
108, 53117 Bonn.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

Fassung Juni 2019

Inhalt

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2	§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	13
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes.....	3	§ 12	Aufrechnung	14
§ 3	Wartezeiten.....	4	§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer ..	14
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	5	§ 14	Kündigung durch den Versicherer.....	16
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	7	§ 15	Sonstige Beendigungsgründe.....	16
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	9	§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	17
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	10	§ 17	Gerichtsstand	17
§ 8	Beitragszahlung	10	§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.....	18
§ 8a	Beitragsberechnung	11	§ 19	Wechsel in den Standardtarif.....	18
§ 8b	Beitragsanpassung	12	§ 20	Wechsel in den Basistarif	18
§ 9	Obliegenheiten.....	13	Anhang - Gesetzestexte	19	
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	13			

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus: Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) und Teil III (Tarifen). Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

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

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

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

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

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (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 2 Monate.

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

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

einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II

(1) *Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.*

(2) *Als Versicherungsfall gelten auch*

a) *Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), wobei – sofern im Tarif nichts anderes vereinbart – die Leistungsansage nicht auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt ist und nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig ist. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versicherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,*

b) *Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche,*

c) *in der substitutiven Krankenversicherung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz.*

(3) *Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.*

(4) *Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.*

(5) *Ein Aufenthalt in einem der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten mit einer Dauer von maximal 6 Monaten gilt nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Für die Berechnung der Dauer eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen mit eingerechnet.*

Wenn keine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorliegt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 1 (4) MB/KK 2009 sowie § 1 (3) der Tarifbedingungen.

(6) *In der substitutiven Krankenversicherung erhält die versicherte Person bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten die volle tarifliche Erstattung. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes darüber informiert. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Beitragszuschlag wird einmalig angeboten. Lehnt der Versicherungsnehmer für die versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder informiert der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nicht fristgerecht, ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.*

Ist die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten nur vorübergehend, wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten, gelten ab Beginn des Aufenthaltes § 15 (3) MB/KK 2009 und die zugehörigen Tarifbedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

(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 Versi-

cherungsfälle 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 3 Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(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.

II

(1) Abweichend von § 2 (1) MB/KK 2009 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

(2) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

(3) Verändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife an den veränderten Beihilfebemessungssatz oder den entfallenen Beihilfeanspruch angepasst, jedoch nur so weit, als dadurch der weggefallene Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung erforderlich. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten an-

genommen, wenn er spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs zum Ersten des Monats gestellt wird, in dem der Beihilfebemessungssatz sich verändert hat bzw. der Beihilfeanspruch entfallen ist oder zum Ersten des folgenden Monats; der Antrag kann jedoch frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem er beim Versicherer eingeht. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an werden die Mehrleistungen auch für laufende Versicherungsfälle gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht besteht.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder des Wegfalls des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen.

(4) Wird ein Kind gemäß § 2 MB/KK 2009 im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(5) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 bzw. gemäß § 2 (7) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

(6) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 bzw. gemäß § 2 (7) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

(7) Abweichend von § 2 (2) MB/KK 2009 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von 3 Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeiten

I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt

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

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

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

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

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

II

(1) Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt; eine Krankheitskostenvollversicherung im Sinne dieser Tarifbedingung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.

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

(4) Der in § 3 (4) MB/KK 2009 vorgesehene Wartezeit-erlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vor-druck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

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

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

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

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

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

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 € 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 4 Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 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.

II

(1) *Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 – mit Ausnahme eines Krankenhaustagegeldes – mitversichert.*

(2) *Abweichend von § 4 (2) MB/KK 2009 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.*

(3) *Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen approbierten Ärzten, Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (wie Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) erbracht werden.*

(4) *Es können auch Krankenhausambulanzen, Medizinische Versorgungszentren und sozialpädiatrische Zentren zur ambulanten Heilbehandlung, Bundeswehrkrankenhäuser zur stationären Heilbehandlung sowie im Tarif aufgeführte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.*

(5) *Als Arzneimittel im Sinne von § 4 (3) MB/KK 2009 gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden. Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nahrungsmittel an.*

(6a) *Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.*

b) *Für die Erstattung von Sanatoriumskosten, soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ist Voraussetzung, dass die medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und vom Versicherer anerkannt wird.*

(7) Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich,

- a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder
- b) wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder
- c) wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder
- d) im Falle einer Anschlussheilbehandlung soweit § 5 (7) der Tarifbedingungen dies vorsieht.

(8) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von 3 Monaten seit

der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) (entfallen)
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

II

(1) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1a) MB/KK 2009 gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn

- a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reise-
warnung durch das Auswärtige Amt besteht oder
- b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst
während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und
die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet un-
verzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht
zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Ge-
bietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B.
vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter er-
heblicher Gefährdung der eigenen Person möglich
ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1a) MB/KK 2009.

(2) Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1b) MB/KK 2009 in der substitutiven Krankenversicherung bei den ersten drei Entziehungsmassnahmen (ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen bzw. Entziehungskuren) für stoffgebundene Suchterkrankungen geleistet, wenn

- die stationäre Entziehungsmassnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmassnahme zugelassenen Einrichtung, oder
- die ambulante Entziehungsmassnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt.

Keine Leistungspflicht besteht bei Entziehungsmassnahmen aufgrund von Nikotinsucht.

Bei stationären Entziehungsmassnahmen ist der Versicherer unabhängig vom versicherten Stationärtarif nur für allgemeine Krankenhausleistungen leistungspflichtig.

Bei der ersten Entziehungsmassnahme sind 100% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Bei der zweiten und dritten Entziehungsmassnahme sind 80% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Massnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen

Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte.

(3) In Tarifen für ambulante Heilbehandlung wird auch für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort geleistet.

(4) Es besteht auch Anspruch auf Leistungen für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Dies gilt jedoch nicht für die Tarife AE, BISS, CAE, MA, MAN, MAS, MS, MSW, NK, PRIMO, PRIMO M, ZV und ZVH.

(5a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

b) Die Kürzungsbefugnis gemäß § 5 (5a) der Tarifbedingungen gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet § 5 (5a) der Tarifbedingungen keine Anwendung.

d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet § 5 (5a) der Tarifbedingungen ebenfalls keine Anwendung.

(6) Die Einschränkung gemäß § 5 (1c) MB/KK 2009 gilt entsprechend für alle anderen in den Tarifbedingungen und im Tarif genannten Leistungserbringer.

(7) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1d) MB/KK 2009 gilt nicht bei ambulanter und stationärer medizinisch notwendiger Anschlussheilbehandlung

(AHB). Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht,

- a) wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat oder
- b) für die ersten 3 Wochen einer AHB, welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt, unter folgenden Voraussetzungen: Die AHB erfolgt in einer Einrichtung, die für die jeweilige AHB von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger anerkannt ist. Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, wird bei diesem vor Beginn der AHB ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden.

Wird in Verbindung mit einer solchen AHB ein Antrag auf Verlängerung gestellt, prüft der Versicherer die medizinische Notwendigkeit. Ist die Verlängerung der AHB medizinisch notwendig, wird eine Leistungszusage für diesen Zeitraum erteilt. Dies gilt gleichermaßen für Anträge auf Folgeverlängerungen.

Ist ein Beginn der AHB innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen (z.B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) oder mangels Verfügbarkeit einer geeigneten Einrichtung nicht möglich, prüft der Versicherer diese Gründe und erteilt eine Leistungszusage für einen späteren Beginn, soweit eine AHB medizinisch notwendig ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

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

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

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

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

(1) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten und die Angabe der einzelnen Leistungen oder der Ziffern der Gebührenordnungen enthalten. Aus Krankenhausrechnungen muss ersichtlich sein, welche gesondert berechenbaren Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden bzw. welche Pflegeklasse aufgesucht wurde.

(2) Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

(3) Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

(4) Besteht nur eine Krankenhaustagegeldversicherung, so genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes mit genauer Krankheitsbezeichnung und Namen der behandelten Person.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehan-

delte 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.

(6) Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe 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 5 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 2 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 2 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 2 Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert.

Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

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

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

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

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund

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.

II

(1) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.*

(2) *Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.*

(3) *Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.*

(4) *Der Versicherungsnehmer kann in den Krankheitskostentariifen für jede versicherte Person bis zum Alter von einschließlich 59 Jahren eine Beitragsermäßigung nach Maßgabe der „Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung“ vereinbaren.*

(5) *Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.*

§ 8a Beitragsberechnung

I

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

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

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II

(1) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden – neben dem nach §§ 149 und 338 VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag für die substitutive Krankenversicherung – der Alterungsrückstellung nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; siehe Anhang § 150 VAG) zusätzliche Beiträge zugeführt und verwendet.

(2) Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren In-

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

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/KK 2009 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

In allen Fällen erstreckt sich die Überprüfung und ggf. die Anpassungsnotwendigkeit auch auf die Beiträge für die gemäß § 8 (4) der Tarifbedingungen vereinbarte Beitragsermäßigung.

§ 9 Obliegenheiten

I

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

II

- (1) *Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet (vgl. hierzu jedoch § 4 (5) MB/KK 2009).*
- (2) *Das Einwilligungserfordernis gemäß § 9 (6) der MB/KK 2009 wird auf den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung der privaten Krankenversicherung beschränkt.*

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leis-

tung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

- (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 Abs. 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 Erbrin-

ger von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I

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

I

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

(2) 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 3 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 2 Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem

Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von 2 Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(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 2 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 2 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.

II

(1) *Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.*

(2) *Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird.*

Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Kündigungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

(3) *Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von 6 Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.*

(4) *Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 gleich.*

(5) *Die Fortsetzung eines gekündigten Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (11) MB/KK 2009 ist spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu beantragen. Die Fortsetzung erfolgt in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung.*

(6) *Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 13 (8) MB/KK 2009 kann der Versiche-*

rungsnehmer 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.

(7) Bei Kündigung nach § 13 (3) MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Dabei wird die Alterungsrückstellung der Leistungsbereiche, welche auch in der Zusatzversicherung enthalten sind, im entsprechenden Umfang angerechnet. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer eingehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

(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 3 Versicherungsjahre mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

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

II

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der gesamten Krankheitskostenteilversicherung.

(2) Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

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

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

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

II

(1) In den Tarifen CK, MA, MAN, MAS, MKH, MS, MSW, PRIMO M und ZV endet das Versicherungsverhältnis auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer I des Tarifs. Die versicherten Personen haben das Recht, in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a (2) MB/KK 2009 berücksichtigt.

Der Antrag auf Umstufung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. § 15 (3) MB/KK 2009 bleibt unberührt.

(2) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

(3) Ein Aufenthalt in einem anderen Staat als die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten mit einer Dauer von maximal 6 Monaten gilt nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Für die Berechnung der Dauer eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen mit eingerechnet.

Wenn keine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorliegt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 1 (4) MB/KK 2009 sowie § 1 (3) der Tarifbedingungen.

(4) In der substitutiven Krankenversicherung verpflichtet sich der Versicherer eine anderweitige Vereinbarung nach § 15 (3) MB/KK 2009 zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel in einen anderen Tarif vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen bei einer späteren Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland kann dabei zusätzlich eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden.

(5) Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 (3) MB/KK 2009 muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

(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.

II

Außergerichtliche Streitbeilegung:

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon: 0800/255 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030/20458931

E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

(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 2 Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

I

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

I

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.

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versi-

cherungsfalles 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 Abs. 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 Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- 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 Ver-

sicherungsschein 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; Abs. 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 in-

soweit 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 Abs. 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, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat,

wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

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

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Abs. 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten

nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Abs. 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Abs. 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

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

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Abs. 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwenderstattung 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 Impfkommision beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 mo-

natlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 338 Zuschlag in der Krankenversicherung

Ist ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 149 mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 Prozent der Bruttoprämie beträgt und an jedem 1. Januar der darauf folgenden Jahre um 2 Prozent, jedoch auf nicht mehr als 10 Prozent der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlags dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen, und
4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich oder elektronisch widerspricht.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch [SGB V]

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

(2a) Der Zuschuss nach Abs. 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 Nr. 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 Nr. 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 Nr. 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen

Fassung Januar 2019

Diese Zusatzbedingungen ergänzen oder ändern für Versicherungsverhältnisse im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung.

§ 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, Versicherte Personen

1 Versicherungsfähig sind alle Personen, die nach dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und die sonstigen Tarif- und Aufnahmevoraussetzungen erfüllen.

2 Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als der Vertragspartner des Versicherers.

3 Hauptversicherte sind

a) Mitarbeiter/-innen, die in der arbeitgeberfinanzierten Krankenzusatzversicherung (bKV-Tarife) versichert sind oder

b) Mitarbeiter/-innen, die in der arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung versichert sind oder

c) Rentner, sofern sie im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach a) oder b) ihr Wechselrecht in Anspruch nehmen, sofern sie laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind oder

d) Versicherte mit Sonderbedingungen, sofern sie in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung (bKV-Tarife) versichert sind oder

e) Mitglieder des Versicherungsnehmers, die in den ZbKV-bzw. ZbKVA-Tarifen versichert sind.

Als Mitarbeiter/-innen bzw. Mitglieder gelten die Personen, die im Rahmen ihrer Beschäftigung bzw. Mitgliedschaft beim Versicherungsnehmer gemäß Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind.

4 Mitversicherte Personen sind die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten, Kinder und sonstige nach dem Gruppenversicherungsvertrag mitversicherbaren Personen, soweit sie zum Versicherungsschutz angemeldet sind.

5 Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer die ihr zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat, und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.,

- für deren Berufsgruppe der Versicherer keine speziellen Tarife anbietet (z.B. Mediziner) und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

§ 2 Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes

1 Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag ist vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der Formvorgaben des Versicherers zu erklären (Anmeldung); die gestellten Fragen sind vollständig zu beantworten.

2 Der Versicherer verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.

3 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages (Beginn des Versicherungsverhältnisses) und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

4 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind, wird ab

Beginn des Versicherungsschutzes geleistet. Dies gilt nicht

- im Tarif ZbKV-K, ZbKVA-K und ZbKV-KH für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Krankenhausbehandlung
- im Tarif ZbKV-KUR für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Kurbehandlung
- im Tarif ZbKV-ZB und ZbKV-ZBP für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses geplante oder bereits begonnene Zahnbehandlung
- im Tarif ZbKV-ZE und ZbKV-ZEP für eine vor Beginn des Versicherungsverhältnisses geplante oder bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme sowie für bei Beginn des Versicherungsverhältnisses fehlende und noch nicht ersetzte Zähne.
- im Tarif ZbKV-KTIG für eine bereits vor Beginn des Versicherungsverhältnisses bestehende Arbeitsunfähigkeit.

In den Tarifen ZbKV-K und ZbKVA-K sind folgende schwere Erkrankungen, sofern diese bereits zum Beginn des Versicherungsverhältnisses bestanden haben und zu diesem Zeitpunkt der versicherten Person bekannt waren, ausgeschlossen:

- Erkrankungen des zentralen Nervensystems, des Gehirns, der Arterien oder Venen, des Herzens und der Nieren
- chronische Lungenerkrankung
- chronische Lebererkrankungen
- medikamentös behandelter Bluthochdruck
- Krebs
- Leukämie
- Muskelschwund
- Osteoporose
- Gelenkarthrosen
- Morbus Parkinson
- Morbus Alzheimer
- Demenz
- rheumatische Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- Morbus Crohn
- Colitis ulzerosa
- psychische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- HIV-Infektion

Erfolgt die Versicherung in den Tarifen ZbKV-K und ZbKVA-K im unmittelbaren Anschluss an die Versicherung in dem Tarif bKV-K gelten die Ausschlüsse zu den schweren Erkrankungen nicht.

5 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, diesen Zusatzbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

6 Der Versicherer stellt für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein als Versicherungsbestätigung aus.

7 Die Leistungseinschränkung für Verwandtenbehandlungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (§ 5 Abs. 1 g) gilt in vollem Umfang; § 5 Teil II Nr. 4 gilt nicht.

§ 3 Wartezeiten

1 Die Regelung zum Wegfall der allgemeinen Wartezeit bei Unfall gemäß § 3 Teil I Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung gilt analog für die besonderen Wartezeiten.

2 In dem Tarif ZbKV-VG entfallen sämtliche Wartezeiten.

3 In dem Tarif ZbKV-KTIG entfallen die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung.

§ 4 Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag

1 Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch während einer eventuell vereinbarten Mindestvertragslaufzeit.

2 Das Versicherungsverhältnis endet ferner hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

über die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gründe hinaus mit

- a) dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.
- b) der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung in der Einzelversicherung nach Tarifen, die dem Gruppenversicherungsvertrag nicht zugrunde liegen.

3 Betreffen die Beendigungsgründe den Hauptversicherten, so endet das Versicherungsverhältnis auch für die mitversicherten Personen.

§ 5 Weiterversicherung

1 Endet die Versicherung einzelner mitversicherter Personen, so haben diese das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Hauptversicherten im Gruppenversicherungsvertrag in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, sofern dort weiterhin die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben.

2 Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – nach den gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen oder aus wichtigem Grund beendet wurde. In den Fällen, in denen die Versicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, steht das Weiterversicherungsrecht nach Satz 1 nur den mitversicherten Personen zu.

3 Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den

Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

4 In den Fällen, in denen die Versicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, enden die Weiterversicherungsrechte nach Abs. 1 und Abs. 2 erst zwei Monate nachdem die mitversicherten Personen von der Kündigung und ihrem Recht auf Fortsetzung Kenntnis erlangt haben.

5 Bei der Weiterversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen angerechnet. 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.

Bei einer Weiterversicherung in der Einzelversicherung

- a) in den ZbKV- oder ZbKVA-Tarifen gelten die in § 2 Abs. 4 genannten Ausschlüsse bestimmter Versicherungsfälle und schwerer Erkrankungen fort. Die Ausschlüsse der schweren Erkrankungen entfallen, wenn die versicherte Person vor der Versicherung in den Tarifen ZbKV-K und ZbKVA-K im Tarif bKV-K versichert war.
- b) außerhalb der ZbKV- und ZbKVA-Tarife wird rückwirkend zum Beginn des Versicherungsverhältnisses eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, findet zudem eine Gesundheitsprüfung zum Zeitpunkt der Weiterversicherung statt. Aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung kann ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

6 Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss, Verzicht auf Zahnstaffel, Leistungseinschränkung) verzichtet, so werden diese mit der Weiterversicherung wirksam.

§ 6 Beitragszahlung

Der Hauptversicherte entrichtet die Beiträge in der arbeitnehmerfinanzierten Krankenzusatzversicherung.

§ 7 Beitragsanpassung und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diese Tarife die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Bei den Tarifen ZbKVA ist die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erforderlich. Bei einer Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen können alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Bei den Tarifen ZbKVA ist die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erforderlich.

Bei einer Beitragsanpassung ist der Versicherer auch berechtigt, betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge so anzupassen, dass der Wert des Versicherungsschutzes erhalten bleibt. Bei den Tarifen ZbKVA ist die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erforderlich. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Handelt es sich um einen ZbKVA-Tarif, ist außerdem die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erforderlich.

2 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen vom Versicherer angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und außerdem bei den ZbKVA-Tarifen ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

3 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie durch eine neue Regelung ersetzt werden, 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.

4 Änderungen teilt der Versicherer jeweils in Textform mit. Änderungen nach Abs. 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Änderungsmitteilung mit den dafür maßgeblichen Gründen folgt. Änderungen nach Abs. 3 werden 2 Wochen nach Mitteilung der neuen Regelung und den hierfür maßgeblichen Gründen Vertragsbestandteil.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 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.

Wesentliche Merkmale der Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K

- gilt für den Tarif ZbKVA-K

Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K

Fassung Mai 2014

Für die Dauer der Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs (Grundversicherung) sowie die Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen, soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert oder ergänzt sind.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ gelten für den Tarif ZbKVA-K.

2. Die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ sind für den Tarif ZbKVA-K für die Dauer des zugehörigen gleichlautenden bKV-K und ZbKV-K-Tarifs möglich.

Sie dauern maximal bis zu dem Zeitpunkt ab dem Altersrente bezogen wird; sofern keine Anwartschaften auf eine Altersrente erworben wurden, ist das Erreichen des gesetzlichen Rentenalters maßgeblich.

3. Für die Dauer der „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs ZbKVA-K sowie die zugehörigen Zusatzbedingungen, soweit sie nicht durch diese Bedingungen geändert oder ergänzt werden. Insbesondere können unter den Voraussetzungen des § 7 der „Zusatzbedingungen für Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen“ die „Sonderbedingungen der Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ geändert werden. Werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs ZbKVA-K geändert, so gilt dies insoweit auch für die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“.

II. Leistungsumfang

1. Für den Tarif, für den die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ vereinbart wurden, gilt:

Die versicherte Person erwirbt das Recht, mit Beginn der Altersrente die Leistungspflicht unter Berücksichtigung des Eintrittsalters bei Abschluss der „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ in Kraft zu setzen. Sofern keine Anwartschaften auf eine Altersrente erworben wurden, ist die Erreichung des gesetzlichen Rentenalters maßgeblich.

2. Die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ beginnen frühestens an dem Tag an dem die Vo-

oraussetzungen nach I.2 Satz 1 erfüllt sind und enden an den Tag an dem diese wegfallen.

3. Die Sonderbedingungen enden außerdem mit Bezug der Altersrente bzw. mit Erreichen des gesetzlichen Rentenalters (I.2 Satz 2.) Dies ist dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt anzuzeigen. Erfolgt diese Anzeige erst später, enden die „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ zum Ende des Monats in dem die Anzeige erfolgt ist.

4. Während der Dauer der „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ besteht keine Leistungspflicht.

5. Die Zeit der „Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“, wird auf die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des unter die Sonderbedingungen stehenden Tarifs vorgesehenen Wartezeiten und sonstigen Fristen angerechnet.

III. Beitragsberechnung

1. Für die Dauer der Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K (Anwartschaftsversicherung) wird für den in Anwartschaft stehenden Tarif (Grundversicherung) ein Anwartschaftsnachlass eingeräumt.

Der Beitrag der Anwartschaftsversicherung wird mit 41 Prozent berechnet. Der Prozentsatz bezieht sich auf den Beitrag, der jeweils ohne Vereinbarung der Anwartschaft zu zahlen wäre. Bei einer Anpassung des in Anwartschaft stehenden Tarifs ändert sich der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend.

2. Ab dem Tag, der auf die Beendigung der Anwartschaftsversicherung folgt, entfällt der Anwartschaftsnachlass. Die Anwartschaftsversicherung beginnt mit Eintritt in die Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K, frühestens jedoch zum 01.01. des Jahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.

3. Bei einer Beitragsanpassung des in Anwartschaft stehenden Tarifs ist der vorstehende (ggf. gleichzeitig angepasste) Prozentsatz auf den neuen Beitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifs anzuwenden.

Produktinformationsblatt

In dieser Übersicht stellen wir Ihnen den Versicherungsvertrag kurz vor und geben Ihnen eine erste Orientierungshilfe über die wesentlichen Rechte und Pflichten aus Ihrem Vertrag.

Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie bitte dem Tarif und den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese den Vertragsinhalt.

Welche Versicherungsart bieten wir Ihnen an?

Die HALLESCHE bietet Ihnen – im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages – Versicherungsschutz im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung.

Ihr Versicherungsschutz

Die für Sie relevanten Tarife finden Sie auf der Anmeldung bzw. dem Vertragsangebot. Im Folgenden lesen Sie dazu die wesentlichen Leistungsmerkmale.

Tarif	Leistungsmerkmale
Ergänzender Versicherungsschutz	
ZbKV	<p>ZbKV-S: Medizinisch notwendige Leistungen bei Sehhilfen in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-IV.</p> <p>ZbKV-HOE: Medizinisch notwendige Leistungen bei Hörgeräten in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-IV.</p> <p>ZbKV-SHI: Medizinisch notwendige Leistungen bei sonstigen Hilfsmitteln in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-IV.</p> <p>ZbKV-AV: Medizinisch notwendige Leistungen bei Arznei- und Verbandmitteln in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-III.</p> <p>ZbKV-HEI: Medizinisch notwendige Leistungen bei Heilmitteln in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-III.</p> <p>ZbKV-HP: Medizinisch notwendige Leistungen beim Heilpraktiker in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-III.</p> <p>ZbKV-V: Medizinisch notwendige Leistungen bei Vorsorge und Impfungen in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-IV.</p>

ZbKV-VG: Medizinisch notwendige Leistungen bei Vorsorge

ZbKV-ZB: Medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnbehandlung in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-V.

ZbKV-ZBP: Medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-III.

ZbKV-ZE: Medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnersatz in Höhe der vereinbarten Tarifstufe I-V.

ZbKV-ZEP: Medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnersatz in Höhe der vereinbarten Tarifstufe 30 oder 40.

ZbKV-U: Medizinisch notwendige Leistungen bei Urlaubsreisen.

ZbKV-K: Stationäre Wahlleistungen bei medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung sowie Krankentransport:

Tarifstufe I: Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung.

Tarifstufe II: Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung.

ZbKV-KU: Nach einem Unfall stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) bei medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung sowie für Krankentransport.

ZbKV-KH: Tagegeld bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Höhe von 10 €

ZbKV-KUR: Tagegeld bei einer medizinisch notwendigen stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

ZbKVA-K/AWV: Sonderbedingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K.

ZbKV-KTIG: 10 €Tagegeld bei Verdienstausfall als Folge von Krankheit und Unfall ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Bitte beachten Sie, dass sich der volle Umfang der einzelnen Leistungen aus dem jeweiligen Tarif und den dazugehörigen AVB unter „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ ergibt sowie ggf. aus den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter „Beteiligung am Gruppenversiche-

rungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“.

Beitrag für Ihren gewünschten Versicherungsschutz

Name	Tarif(e)	Beitrag

Der erste Beitrag ist spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zu zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach gewählter Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.

Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.

Einzelheiten zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB im Kapitel „Beitragszahlung“.

Welche Leistungen sind nicht versichert?

Bestimmte Leistungen sind generell nicht im Versicherungsschutz enthalten.

So können beispielsweise keine Leistungen beansprucht werden, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Auch für die daraus resultierenden Folgen besteht kein Leistungsanspruch.

Genaue Informationen finden Sie in den Kapiteln „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ Ihrer AVB sowie ggf. in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“.

Was müssen Sie bei Vertragsschluss beachten?

Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Anmeldung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben führen dazu, dass der Versicherer nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen kann.

Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ der jeweiligen Anmeldung bzw. des Vertragsangebots.

Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Wenn sich in Ihrem Leben etwas ändert, passen wir Ihren Versicherungsschutz gerne an die neue Situation an – wenn wir es wissen. Während der Vertragslaufzeit sind Sie daher zur aktiven Mithilfe angehalten.

Sollten Sie beispielsweise den Abschluss einer weiteren Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherung bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen planen, so muss der Versicherer zustimmen.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. Es kann sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter „Obliegenheiten“ und „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“.

Was müssen Sie bei einem Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

Um Ihre Leistung zu erstatten, benötigen wir die Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen im Original. Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter „Obliegenheiten“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte“.

Ab wann haben Sie Versicherungsschutz?

Sie entscheiden sich in Ihrer Vertragserklärung (Anmeldung) für einen Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Abweichend hiervon kann der Versicherungsschutz auch in die Zeit vor Zugang der Anmeldung hineinreichen, falls die AVB dies vorsehen.

Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.

Diese und weitere Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter „Wartezeiten“ und/oder „Beginn des Versicherungsschutzes“ und ggf. in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“ und unter „Wartezeiten“.

Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?

Sie können das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen (Abmeldung). Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf einer ggf. vereinbarten Mindestvertragsdauer möglich. In diesem Fall gelten folgende Bedingungen: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Eine einjährige Mindestvertragsdauer gilt in der Krankentagegeldversicherung und in der Auslandskrankenversicherung. Bei einer Änderung in einem bereits bestehenden Vertrag wird die bereits zurückgelegte Versicherungszeit auf die Mindestvertragsdauer in der Regel angerechnet.

In bestimmten Fällen, beispielsweise bei einer Beitragsanpassung, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis endet das Versicherungsverhältnis. Ggf. besteht ein Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung.

Einzelheiten zur Kündigung und weitere Beendigungsgründe lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter „Kündigung durch den Versicherungsnehmer“ und „Sonstige Beendigungsgründe“ sowie ggf. in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter „Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag“ und „Weiterversicherung“.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

- ✓ Sehhilfen



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung bis zum jährlichen Höchstbetrag von
ZbKV-S I: 60 €
ZbKV-S II: 120 €
ZbKV-S III: 180 €
ZbKV-S IV: 240 €



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben Versicherungsschutz in Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-S und ZbKV-S

Sehhilfen

- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen

Höchsterstattungsbetrag je nach gewählter Tarifstufe

- Je Person gilt ein Höchstleistungsbetrag von insgesamt
 - 60 € in Tarifstufe I
 - 120 € in Tarifstufe II
 - 180 € in Tarifstufe III
 - 240 € in Tarifstufe IV

Tarif bKV-S und ZbKV-S (Sehhilfen)

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Fassung Januar 2016

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-S/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-S-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-S/Gruppe

Versicherungsfähig sind – soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-S-Mitarbeiters solange der bKV-S-Mitarbeiter nach Tarif bKV-S versichert ist,
- Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung Tarif ZbKV-S

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Sehhilfen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrags. Der Höchstleistungsbetrag gilt für einen Zeitraum von jeweils 2 Jahren ab Beginn des Tarifs.

Sehhilfen sind optische Hilfsmittel zur Korrektur von Augenfehlrichtungen.

III. Höchstleistungsbetrag

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person folgende Höchstleistungsbeträge:

- 60 € in Tarifstufe I,
- 120 € in Tarifstufe II,
- 180 € in Tarifstufe III oder
- 240 € in Tarifstufe IV.

Beiträge des Tarifs ZbKV-S/Gruppe

Fassung Oktober 2011

Eintrittsalter	ZbKV-S I	ZbKV-S II	ZbKV-S III	ZbKV-S IV
0-16	1,21	2,03	2,76	3,59
17	0,93	1,86	2,66	3,47
18	0,95	1,90	2,72	3,55
19	0,97	1,95	2,78	3,63
20	1,00	1,99	2,85	3,72
21	1,02	2,04	2,91	3,80
22	1,04	2,08	2,98	3,89
23	1,07	2,13	3,04	3,97
24	1,09	2,17	3,11	4,06
25	1,11	2,21	3,16	4,12
26	1,12	2,23	3,20	4,17
27	1,13	2,25	3,22	4,21
28	1,13	2,26	3,24	4,23
29	1,13	2,26	3,24	4,23
30	1,13	2,26	3,24	4,23
31	1,13	2,26	3,24	4,23
32	1,13	2,26	3,24	4,23
33	1,13	2,26	3,24	4,23
34	1,14	2,27	3,25	4,24
35	1,15	2,29	3,28	4,29
36	1,17	2,33	3,33	4,35
37	1,20	2,39	3,42	4,46
38	1,23	2,46	3,53	4,61
39	1,28	2,56	3,66	4,78
40	1,34	2,67	3,82	4,98
41	1,40	2,79	3,99	5,21
42	1,46	2,92	4,18	5,46
43	1,54	3,07	4,39	5,74
44	1,62	3,23	4,63	6,04
45	1,70	3,40	4,87	6,36
46	1,78	3,55	5,08	6,63
47	1,83	3,66	5,24	6,84
48	1,87	3,74	5,35	6,99
49-100	1,89	3,77	5,40	7,05

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Danach ist der Beitrag für das Alter 17 zu zahlen.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

- ✓ Hörgeräte



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung bis zum jährlichen Höchstbetrag von
ZbKV-HOE I: 120 €
ZbKV-HOE II: 240 €
ZbKV-HOE III: 360 €
ZbKV-HOE IV: 480 €



Wo bin ich versichert?

- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland haben Sie weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-HOE und ZbKV-HOE

Hörgeräte

- 100% Kostenerstattung für Hörgeräte

Höchsterstattungsbetrag je nach gewählter Tarifstufe

- Je Person gilt ein Höchstleistungsbetrag von insgesamt
 - 120,-€ in Tarifstufe I
 - 240,-€ in Tarifstufe II
 - 360,-€ in Tarifstufe III
 - 480,-€ in Tarifstufe IV

Tarif bKV-HOE und ZbKV-HOE (Hörgeräte) Krankheitskosten-Zusatzversicherung Fassung Januar 2016

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-HOE/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-HOE-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-HOE/Gruppe

Versicherungsfähig sind – soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar –

- Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-HOE-Mitarbeiters solange der bKV-HOE-Mitarbeiter nach Tarif bKV-HOE versichert ist,
- Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung Tarif ZbKV-HOE

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2. ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die Neuanschaffung oder den Ersatz eines Hörgerätes insgesamt bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrages.

Otoplastik, Reparaturkosten und sonstige Betriebskosten (z.B. Batterien) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Ein erneuter Anspruch auf diese Leistung entsteht frühestens 6 Jahre nach dem letzten Bezug.

III. Höchstleistungsbetrag

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person folgende Höchstleistungsbeträge:

- 120 € in Tarifstufe I,
- 240 € in Tarifstufe II,
- 360 € in Tarifstufe III oder
- 480 € in Tarifstufe IV.

Beiträge des Tarifs ZbKV-HOE/Gruppe

Fassung Oktober 2011

Eintrittsalter	ZbKV-HOE I	ZbKV-HOE II	ZbKV-HOE III	ZbKV-HOE IV
0-16	0,06	0,09	0,14	0,21
17-64	0,13	0,22	0,30	0,36
65	0,15	0,25	0,33	0,40
66	0,18	0,30	0,40	0,49
67	0,22	0,37	0,50	0,61
68	0,28	0,48	0,64	0,78
69	0,36	0,60	0,82	0,99
70	0,43	0,73	0,99	1,20
71	0,51	0,86	1,16	1,41
72	0,58	0,99	1,34	1,62
73	0,66	1,12	1,51	1,84
74	0,73	1,24	1,68	2,05
75	0,81	1,37	1,85	2,26
76	0,88	1,50	2,03	2,47
77	0,96	1,63	2,20	2,68
78	1,04	1,76	2,37	2,89
79	1,11	1,88	2,55	3,10
80	1,18	2,01	2,72	3,31
81	1,26	2,14	2,89	3,52
82	1,34	2,27	3,07	3,73
83	1,41	2,40	3,24	3,94
84	1,49	2,52	3,41	4,15
85	1,56	2,65	3,59	4,36
86	1,64	2,78	3,76	4,57
87	1,71	2,91	3,93	4,79
88	1,79	3,04	4,11	5,00
89	1,86	3,16	4,28	5,21
90	1,94	3,29	4,45	5,42
91	2,01	3,42	4,62	5,63
92	2,09	3,55	4,80	5,84
93	2,16	3,67	4,97	6,05
94	2,24	3,80	5,14	6,26
95	2,31	3,93	5,32	6,47
96	2,39	4,06	5,49	6,68
97	2,47	4,19	5,66	6,89
98	2,54	4,31	5,84	7,10
99	2,61	4,44	6,01	7,31
100	2,69	4,57	6,18	7,52

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Danach ist der Beitrag für das Alter 17 zu zahlen.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

- ✓ Heilpraktikerbehandlung



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung bis zum jährlichen Höchstbetrag von
ZbKV-HP I: 180 €
ZbKV-HP II: 300 €
ZbKV-HP III: 420 €



Wo bin ich versichert?

- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland haben Sie weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-HP und ZbKV-HP

Heilpraktiker

- 100% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlungen

Höchstleistungsbetrag je nach gewählter Tarifstufe

- Je Person und Kalenderjahr gilt ein Höchstleistungsbetrag von insgesamt
 - 180 € in Tarifstufe I
 - 300 € in Tarifstufe II
 - 420 € in Tarifstufe III

Tarif bKV-HP und ZbKV-HP (Heilpraktiker)

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Fassung Mai 2014

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-HP/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-HP-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-HP/Gruppe

Versicherungsfähig sind – soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

a) Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-HP-Mitarbeiters solange der bKV-HP-Mitarbeiter nach Tarif bKV-HP versichert ist,

b) Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,

c) Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

d) Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

Tarif ZbKV-HP

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit

nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die ambulanten Heilbehandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009)

Hierzu gehören:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der dort genannten Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie vom Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrages.

III. Höchstleistungsbetrag

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person und Kalenderjahr folgende Höchstleistungsbeträge:

- 180 € in Tarifstufe I,
- 300 € in Tarifstufe II oder
- 420 € in Tarifstufe III.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, dann vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Höchstleistungsbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Beiträge des Tarifs ZbKV-HP/Gruppe

Fassung Oktober 2011

Eintrittsalter	ZbKV-HP I	ZbKV-HP II	ZbKV-HP III
0-16	5,40	6,95	7,91
17	3,93	5,48	6,61
18	4,05	5,64	6,81
19	4,18	5,83	7,03
20	4,32	6,02	7,27
21	4,49	6,25	7,54
22	4,65	6,48	7,82
23	4,83	6,74	8,13
24	5,03	7,01	8,46
25	5,24	7,30	8,81
26	5,45	7,60	9,17
27	5,68	7,92	9,56
28	5,92	8,25	9,96
29	6,17	8,60	10,38
30	6,43	8,96	10,82
31	6,69	9,33	11,26
32	6,98	9,72	11,74
33	7,27	10,13	12,23
34	7,57	10,56	12,74
35	7,82	10,90	13,16
36	8,02	11,18	13,49
37	8,15	11,36	13,71
38-100	8,22	11,45	13,82

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Danach ist der Beitrag für das Alter 17 zu zahlen.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

- ✓ Zahnbehandlung



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.
- ✗ eine vor Versicherungsbeginn geplante oder bereits begonnene Zahnbehandlung



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung bis zum jährlichen Höchstbetrag von
ZbKV-ZB I: 120 €
ZbKV-ZB II: 150 €
ZbKV-ZB III: 180 €
ZbKV-ZB IV: 240 €
ZbKV-ZB V: 540 €



Wo bin ich versichert?

- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland haben Sie weltweiten Versicherungsschutz. Reisen Sie zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland, erstatten wir nach deutschem Kostenniveau, es sei denn, die Behandlung ist in Deutschland nicht möglich.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-ZB und ZbKV-ZB

Zahnbehandlung

- 100% Kostenerstattung für Kunststofffüllungen
- 100% Kostenerstattung für Inlays
- 100% Kostenerstattung für Wurzel- und Parodontosebehandlungen

Höchsterstattungsbetrag je nach gewählter Tarifstufe

- Je Person und Kalenderjahr gilt ein Höchstleistungsbetrag von insgesamt
 - 120 € in Tarifstufe I
 - 150 € in Tarifstufe II
 - 180 € in Tarifstufe III
 - 240 € in Tarifstufe IV
 - 540 € in Tarifstufe V

Tarif bKV-ZB und ZbKV-ZB (Zahnbehandlung)

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Fassung Mai 2014

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-ZB/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-ZB-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-ZB/Gruppe

Versicherungsfähig sind – soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-ZB-Mitarbeiters solange der bKV-ZB-Mitarbeiter nach Tarif bKV-ZB versichert ist,
- Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

Tarif ZbKV-ZB

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungs-

fähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- Kunststofffüllungen,
- Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff) und
- Wurzel- und Parodontosebehandlungen.

Erstattet werden die ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOÄ/GOZ) sowie für angemessene zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrages.

III. Höchstleistungsbetrag

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person und Kalenderjahr folgende Höchstleistungsbeträge:

- 120 € in Tarifstufe I,
- 150 € in Tarifstufe II,
- 180 € in Tarifstufe III,
- 240 € in Tarifstufe IV oder
- 540 € in Tarifstufe V.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, dann vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Höchstleistungsbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Beiträge des Tarifs ZbKV-ZB/Gruppe

Fassung März 2013

Eintrittsalter	ZbKV-ZB I	ZbKV-ZB II	ZbKV-ZB III	ZbKV-ZB IV	ZbKV-ZB V
0-16	3,20	3,53	3,76	5,85	6,75
17	3,04	3,53	3,97	5,23	6,98
18	3,16	3,66	4,12	5,43	7,24
19	3,26	3,78	4,25	5,61	7,48
20	3,37	3,92	4,40	5,80	7,74
21	3,49	4,05	4,55	5,99	8,00
22	3,60	4,18	4,70	6,19	8,26
23	3,70	4,30	4,83	6,37	8,50
24	3,82	4,43	4,98	6,56	8,76
25	3,93	4,56	5,13	6,76	9,02
26	4,04	4,68	5,26	6,94	9,26
27	4,14	4,80	5,40	7,12	9,50
28	4,25	4,93	5,55	7,31	9,76
29	4,37	5,07	5,70	7,51	10,02
30	4,47	5,19	5,83	7,69	10,26
31	4,58	5,32	5,98	7,88	10,52
32	4,70	5,45	6,13	8,07	10,77
33	4,81	5,58	6,27	8,27	11,03
34	4,91	5,70	6,41	8,45	11,27
35	5,03	5,83	6,56	8,64	11,53
36	5,14	5,96	6,71	8,84	11,79
37	5,25	6,09	6,85	9,03	12,05
38	5,36	6,22	6,99	9,21	12,29
39	5,47	6,35	7,14	9,41	12,55
40	5,58	6,48	7,29	9,60	12,81
41	5,70	6,61	7,43	9,79	13,07
42	5,80	6,73	7,57	9,97	13,31
43	5,91	6,86	7,72	10,17	13,57
44	6,03	6,99	7,86	10,36	13,83
45	6,14	7,12	8,01	10,56	14,09
46	6,24	7,24	8,15	10,74	14,33
47	6,36	7,38	8,29	10,93	14,59
48	6,47	7,51	8,44	11,13	14,85
49	6,57	7,63	8,58	11,31	15,09
50	6,68	7,75	8,71	11,49	15,33
51	6,79	7,88	8,86	11,68	15,59
52	6,90	8,01	9,01	11,87	15,85
53	7,01	8,13	9,15	12,05	16,08
54	7,12	8,26	9,29	12,25	16,34
55	7,21	8,37	9,41	12,40	16,55
56	7,28	8,44	9,49	12,51	16,70
57	7,32	8,49	9,55	12,58	16,79
58-100	7,34	8,52	9,58	12,62	16,84

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Danach ist der Beitrag für das Alter 17 zu zahlen.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

- ✓ Zahnersatz



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.
- ✗ eine vor Versicherungsbeginn geplante oder bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung bis zum jährlichen Höchstbetrag von
ZbKV-ZE I: 300 €
ZbKV-ZE II: 420 €
ZbKV-ZE III: 540 €
ZbKV-ZE IV: 810 €
ZbKV-ZE V: 1.080 €



Wo bin ich versichert?

- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland haben Sie weltweiten Versicherungsschutz. Reisen Sie zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland, erstatten wir nach deutschem Kostenniveau, es sei denn, die Behandlung ist in Deutschland nicht möglich.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-ZE und ZbKV-ZE

Zahnersatz

- 100% Kostenerstattung für Zahnersatz

Höchstleistungsbetrag je nach gewählter Tarifstufe

- Je Person und Kalenderjahr gilt ein Höchstleistungsbetrag von insgesamt
 - 300 € in Tarifstufe I
 - 420 € in Tarifstufe II
 - 540 € in Tarifstufe III
 - 810 € in Tarifstufe IV
 - 1.080 € in Tarifstufe V

Tarif bKV-ZE und ZbKV-ZE (Zahnersatz)

Zahnersatz-Zusatzversicherung

Fassung Mai 2014

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-ZE/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-ZE-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-ZE/Gruppe

Versicherungsfähig sind – soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- a) Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-ZE-Mitarbeiters solange der bKV-ZE-Mitarbeiter nach Tarif bKV-ZE versichert ist,
- b) Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- c) Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- d) Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung Tarif ZbKV-ZE

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten Prothesen, Kronen, Brücken, Aufbissbehelfe und Schienen, Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen sowie Reparatur von Zahnersatz.

Die Aufwendungen für eine Aufbisschiene sind nicht erstattungsfähig im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.

Erstattet werden die ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOÄ/GOZ) sowie für angemessene zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur Höhe des in der vereinbarten Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrages.

III. Höchsterstattungsbetrag

Je nach gewählter Tarifstufe gelten pro Person und Kalenderjahr folgende Höchsterstattungsbeträge:

- 300 € in Tarifstufe I,
- 420 € in Tarifstufe II,
- 540 € in Tarifstufe III,
- 810 € in Tarifstufe IV oder
- 1.080 € in Tarifstufe V.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, dann vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Höchsterstattungsbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Beiträge des Tarifs ZbKV-ZE/Gruppe

Fassung März 2013

Eintrittsalter	ZbKV-ZE I	ZbKV-ZE II	ZbKV-ZE III	ZbKV-ZE IV	ZbKV-ZE V
0-16	0,23	0,32	0,41	0,65	0,87
17	0,32	0,43	0,53	0,76	0,93
18	0,42	0,57	0,70	1,00	1,23
19	0,54	0,72	0,89	1,28	1,57
20	0,67	0,90	1,11	1,59	1,96
21	0,82	1,10	1,35	1,95	2,39
22	0,98	1,32	1,62	2,33	2,87
23	1,16	1,55	1,91	2,75	3,38
24	1,35	1,81	2,23	3,21	3,95
25	1,56	2,09	2,57	3,70	4,55
26	1,78	2,39	2,94	4,23	5,20
27	2,02	2,70	3,33	4,79	5,89
28	2,27	3,04	3,74	5,39	6,63
29	2,53	3,39	4,17	6,01	7,39
30	2,78	3,72	4,57	6,59	8,10
31	3,00	4,01	4,94	7,12	8,75
32	3,20	4,28	5,26	7,58	9,33
33	3,37	4,50	5,54	7,98	9,82
34	3,51	4,70	5,78	8,33	10,24
35	3,65	4,88	6,01	8,66	10,66
36	3,80	5,08	6,25	9,01	11,08
37	3,94	5,27	6,49	9,35	11,50
38	4,08	5,47	6,73	9,69	11,92
39	4,23	5,66	6,96	10,03	12,34
40	4,37	5,85	7,20	10,38	12,77
41	4,51	6,04	7,43	10,71	13,18
42	4,66	6,23	7,67	11,05	13,59
43	4,79	6,41	7,89	11,37	13,99
44	4,93	6,60	8,12	11,70	14,39
45	5,07	6,78	8,35	12,03	14,79
46	5,21	6,96	8,57	12,35	15,20
47	5,34	7,15	8,80	12,68	15,60
48	5,48	7,34	9,03	13,01	16,01
49	5,62	7,52	9,26	13,34	16,41
50	5,76	7,70	9,48	13,67	16,81
51	5,90	7,89	9,71	13,99	17,21
52	6,03	8,07	9,94	14,32	17,61
53	6,17	8,25	10,16	14,63	18,00
54	6,31	8,43	10,38	14,96	18,41
55	6,44	8,61	10,60	15,28	18,80
56	6,57	8,79	10,83	15,60	19,19
57	6,71	8,97	11,05	15,92	19,58
58	6,84	9,15	11,27	16,23	19,97
59	6,96	9,31	11,46	16,52	20,32
60	7,06	9,44	11,62	16,74	20,60
61	7,12	9,53	11,73	16,90	20,79
62	7,16	9,58	11,79	16,99	20,91
63-100	7,17	9,60	11,82	17,03	20,95

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Danach ist der Beitrag für das Alter 17 zu zahlen.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

- ✓ Vorsorgeuntersuchungen



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! gemäß tariflichem Verzeichnis
- ! Umfang und Höhe der Leistung hängen von Ihrem Alter und Geschlecht ab



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben Versicherungsschutz in Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
ZbKV-VG: Es gibt keine Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-VG und ZbKV-VG

Vorsorgeuntersuchungen

- 100% Kostenerstattung für die tariflichen Vorsorgeuntersuchungen

Tarif bKV-VG und ZbKV-VG (Vorsorge)

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Fassung Mai 2014

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-VG/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-VG-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-VG/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-VG-Mitarbeiters solange der bKV-VG-Mitarbeiter nach Tarif bKV-VG versichert ist,
- Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

Tarif ZbKV-VG

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit diese im Leistungsverzeichnis des Tarifs aufgeführt sind – bis zu den darin genannten Erstattungshöchstsätzen. Vorsorgeuntersuchungen außerhalb des tariflichen Leistungsverzeichnisses sind nicht erstattungsfähig.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die Vorsorgeuntersuchungen gynäkologische Ultraschallvorsorge zur Krebsfrüherkennung, Ultraschall-Brustkrebsvorsorge und die urologische Vorsorge sind jährlich, die restlichen Vorsorgeuntersuchungen alle 2 Kalenderjahre in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts (siehe Leistungsverzeichnis) erstattungsfähig. Die Aufwendungen sind erst ab dem im Leistungsverzeichnis ausgewiesenen Alter erstattungsfähig.

Die versicherte Person erhält in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts zum Versicherungsbeginn und danach jeweils am Anfang eines ungeraden Jahres Vorsorge-Schecks für die im Leistungsverzeichnis aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Die Vorsorge-Schecks dienen zur Vorlage beim jeweiligen Arzt. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses verlieren die Vorsorge-Schecks ihre Wirksamkeit.

Leistungsverzeichnis des Tarifs (Z)bKV-VG

Vorsorgeuntersuchungen außerhalb des tariflichen Leistungsverzeichnisses sind nicht erstattungsfähig.

1) Vorgezogener Gesundheits-Check-up (alle 2 Kalenderjahre, ab Alter 17 bis 34)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten	29	2,3	25,65	58,99
Blutentnahme	250	1,8	2,33	4,20
Glukose	3560	1,15	2,33	2,68
Cholesterin	3562.H1	1,15	2,33	2,68
Untersuchung eines Körpermaterials mittels Reagenzträger oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung	3511	1,15	2,91	3,35
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>71,90</u>

2) Erweiterter Laborwerte/Ultraschall Check-up (alle 2 Kalenderjahre, ab Alter 35 bis 54)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Blutentnahme / Vene	250	1,8	2,33	4,20
Leukozyten - Differenzierung	3551	1,15	1,17	1,34
Calcium	3555	1,15	2,33	2,68
Chlorid	3556	1,15	1,75	2,01
Kalium	3557	1,15	1,75	2,01
Natrium	3558	1,15	1,75	2,01
Blutkörperchengeschwindigkeit	3501	1,15	3,50	4,02
Harnsäure	3583.H1	1,15	2,33	2,68
Harnstoff	3584.H1	1,15	2,33	2,68
Kreatinin	3585.H1	1,15	2,33	2,68
Alkalische Phosphatase	3587.H1	1,15	2,33	2,68
Alpha-Amylase	3588.H1	1,15	2,91	3,35
Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)	3592.H1	1,15	2,33	2,68
Glutaminoxalacetattransaminase (GOT)	3594.H1	1,15	2,33	2,68
Glutaminyruvattransaminase (GPT)	3595.H1	1,15	2,33	2,68
TSH basal	4030	1,15	14,57	16,76
Ultraschalluntersuchung eines Organs	410	2,3	11,66	26,81
Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 Organen	3 x 420	3,5	13,98	48,96
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>132,91</u>

3) Erweiterter Laborwerte/Ultraschall Check-up und EKG (alle 2 Kalenderjahre, ab Alter 55)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Blutentnahme / Vene	250	1,8	2,33	4,20
Leukozyten - Differenzierung	3551	1,15	1,17	1,34
Calcium	3555	1,15	2,33	2,68
Chlorid	3556	1,15	1,75	2,01
Kalium	3557	1,15	1,75	2,01
Natrium	3558	1,15	1,75	2,01
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	3501	1,15	3,5	4,02
Harnsäure	3583.H1	1,15	2,33	2,68
Harnstoff	3584.H1	1,15	2,33	2,68
Kreatinin	3585.H1	1,15	2,33	2,68
Alkalische Phosphatase	3587.H1	1,15	2,33	2,68
Alpha-Amylase	3588.H1	1,15	2,91	3,35
Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)	3592.H1	1,15	2,33	2,68
Glutaminoxalacetattransaminase (GOT)	3594.H1	1,15	2,33	2,68
Glutamatpyruvattransaminase (GPT)	3595.H1	1,15	2,33	2,68
TSH basal	4030	1,15	14,57	16,76
Ultraschalluntersuchung eines Organs	410	2,3	11,66	26,81
Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 Organen	3 x 420	3,5	13,98	48,96
Belastungs-EKG	652	2,3	25,94	59,66
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>192,57</u>

4) Augenärztliche-Vorsorgeuntersuchung inkl. Glaukomvorsorge (alle 2 Kalenderjahre, ab Alter 35)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Beratung	1	2,3	4,66	10,72
Untersuchung mind. eines Organsystems	6	2,3	5,83	13,41
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	1242	2,3	8,86	20,38
Tonometrische Untersuchung	1256	1,8	5,83	10,49
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>55,00</u>

5) Videogestützte Hautkrebsvorsorge (alle 2 Kalenderjahre, ab Alter 35)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Videosystemgestützte Untersuchung u. Bild-dokumentation von Muttermalen, einschl. digitaler Bildverarbeitung	612 analog	1,8	44,12	79,42
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>79,42</u>

6) Gynäkologische Ultraschallvorsorge zur Krebsfrüherkennung (jährlich, ab Alter 17)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Ultraschalluntersuchung eines Organs	410	2,3	11,66	26,81
Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 Organen	3 x 420	2,3	13,98	32,17
Zuschlag transcavitäre Untersuchung	403	1,8	8,74	15,74
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>74,72</u>

7) Ultraschall-Brustkrebsvorsorge (jährlich, ab Alter 35)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Ultraschalluntersuchung der Brust	418	2,3	12,24	28,15
Ultraschalluntersuchung weiteres Organ	420	2,3	4,66	10,72
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>38,87</u>

8) Urologische Vorsorge (jährlich, ab Alter 45)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Ultraschalluntersuchung eines Organs	410	2,3	11,66	26,81
Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 Organen	3 x 420	2,3	13,98	32,17
Zuschlag transrektale Untersuchung	403	1,8	8,74	15,74
Bestimmung des PSA-Wertes	3908.H3	1,15	17,49	20,11
Blutentnahme	250	1,8	2,33	4,20
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>99,03</u>

9) Schwangerschaftsvorsorge (alle 2 Kalenderjahre, ab Alter 17 bis 45)

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Gebührensatz (einfach) in EUR	Kosten in EUR
Ultraschalluntersuchung Mutterschaftsvorsorge	3 x 415	2,3	17,49	3 x 40,22
<u>Gesamtsumme in EUR</u>				<u>120,66</u>

Beiträge des Tarifs ZbKV-VG/Gruppe

Fassung Juli 2013

Eintrittsalter	ZbKV-VG
17-26	4,89
27	4,91
28	5,01
29	5,21
30	5,54
31	6,03
32	6,69
33	7,51
34	8,50
35	9,37
36	10,10
37	10,65
38	10,99
39	11,09
40	11,20
41	11,31
42	11,42
43	11,52
44	11,62
45	11,72
46	11,82
47	11,92
48	12,01
49	12,11
50	12,24
51	12,39
52	12,58
53	12,79
54	13,04
55	13,28
56	13,53
57	13,77
58	14,01
59	14,26
60	14,45
61	14,60
62	14,70
63-100	14,75

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Zusatzversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt



Was ist versichert?

ZbKV-K I, ZbKVA-K I:

- ✓ stationäre Heilbehandlung mit Unterkunft im 1-Bettzimmer, Privatarzt, Krankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme

ZbKV-K II, ZbKVA-K II:

- ✓ stationäre Heilbehandlung mit Unterkunft im 2-Bettzimmer, Privatarzt, Krankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.
- ✗ eine vor Versicherungsbeginn angeratene oder bereits begonnene Krankenhausbehandlung
- ✗ bestimmte, schwere Erkrankungen gemäß den Zusatzbedingungen nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen, die zu Versicherungsbeginn bestanden haben und Ihnen bekannt waren



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gibt keine Deckungsbeschränkungen



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben Versicherungsschutz in Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

... bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.



Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-K, ZbKV-K und ZbKVA-K

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Einbettzimmer (Tarifstufe I) oder im Zweibettzimmer (Tarifstufe II)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson bei Kindern
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Tarif bKV-K, ZbKV-K und ZbKVA-K (Krankenhaus) Krankheitskosten-Zusatzversicherung Fassung Mai 2014

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV- und ZbKVA/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-K-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- a) Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-K-Mitarbeiters solange der bKV-K-Mitarbeiter nach Tarif bKV-K versichert ist,
- b) Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- c) Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- d) Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

1.3 Tarif ZbKVA-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- a) Personen, die in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K versichert sind, sofern sie gleichzeitig mit Tarif ZbKVA-K die „Sonderbe-

dingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ versichern,

- b) Personen, die eine Altersrente beziehen und im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K in den Tarif ZbKVA-K wechseln,

- c) Personen, die keine Anwartschaften auf eine Altersrente erworben, jedoch das gesetzliche Rentenalter erreicht haben und im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K in den Tarif ZbKVA-K wechseln.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

2.1 Tarif ZbKV-K

Versicherungsfähig sind alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

2.2 Tarif ZbKVA-K

Für die Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung gilt 1.3 a) bis c) entsprechend.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf stationäre Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsleistungen werden erbracht, sofern sie nicht aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden können. Leistungen die andere Kostenträger zu erbringen haben, sind zunächst in voller Höhe in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen (Subsidiarität).

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien,
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

Bestehende Selbstbehalte in der privaten Krankenversicherung (PKV) sind nicht erstattungsfähig.

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

1.1 Wahlleistungen

1.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (angemessener Zuschlag zum Pflegesatz einschließlich Telefonbereitstellungs-, Radio- und Fernsehanschlussgebühren) und die Kosten für die gesondert vereinbarte und berechenbare privatärztliche Behandlung.

1.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für Ein- oder Zweibettzimmer und die Kosten für die gesondert vereinbarte und berechenbare privatärztliche Behandlung.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

1.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

2. Erstattet werden

100% der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder PKV verbleibenden erstattungsfähigen Kosten, und zwar in

Tarifstufe I

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Tarifstufe II

- bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer,
- bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

2.1 Verbleibende Restkosten bei den Allgemeinen Krankenhausleistungen

Hat die GKV oder PKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe erbracht, so werden auch die verbleibenden Kosten – mit Ausnahme bei der GKV oder PKV bestehender Selbstbehalte – zu 100% erstattet.

2.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als

Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.

2.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

Hat die GKV oder PKV keine Leistungen erbracht, so werden Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

3. Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen als Privatpatient

Erstattet werden 100% der ärztlichen Kosten der ambulant unmittelbar vor bzw. nach einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten einmaligen Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt. Dabei sind die Leistungen der GKV oder PKV zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen.

4. Krankenhaustagegeld

Die versicherte Person erhält für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von:

Versicherte Unterkunft	in Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld	
		mit privatärztliche Behandlung	ohne
Einbett- zimmer (Tarifstufe I)	Einbettzimmer	-	25,- €
	Zweibettzimmer	20,- €	45,- €
	Mehrbettzimmer	35,- €	60,- €
Zweibett- zimmer (Tarifstufe II)	Einbettzimmer	-	25,- €
	Zweibettzimmer	-	25,- €
	Mehrbettzimmer	15,- €	40,- €

Bei vor- und nachstationärer, sowie teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

5. Kosten für eine Begleitperson bei Kindern

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

Beiträge des Tarifs ZbKV-K/Gruppe

Fassung Juli 2020

Eintrittsalter	ZbKV-K I	ZbKV-K II
0-16	5,54	4,74
17	11,74	9,39
18	12,55	10,03
19	13,39	10,71
20	14,23	11,38
21	15,03	12,02
22	15,83	12,66
23	16,68	13,34
24	17,48	13,98
25	18,28	14,62
26	19,12	15,29
27	19,96	15,97
28	20,77	16,61
29	21,57	17,25
30	22,22	17,77
31	22,68	18,14
32	22,98	18,38
33	23,14	18,50
34	23,14	18,50
35	23,14	18,50
36	23,14	18,50
37	23,14	18,50
38	23,14	18,50
39	23,14	18,50
40	23,14	18,50
41	23,14	18,50
42	23,14	18,50
43	23,14	18,50
44	23,14	18,50
45	23,14	18,50
46	23,14	18,50
47	23,14	18,50
48	23,14	18,50
49	23,14	18,50
50	23,86	19,09
51	25,05	20,03
52	26,73	21,38
53	28,91	23,12
54	31,66	25,32
55	34,26	27,40
56	37,05	29,63
57	40,00	31,99
58	43,13	34,50
59	46,42	37,13
60	49,86	39,88
61	53,45	42,75
62	57,20	45,75
63	61,14	48,90
64	65,23	52,17
65	69,51	55,59

Die Beiträge sind in € angegeben und gelten für jeden vollen Kalendermonat. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Danach ist der Beitrag für das Alter 17 zu zahlen.

Erneute Beitragseinstufungen erfolgen in der Gruppenversicherung jeweils zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Es ist dann der Beitrag des zum Zeitpunkt der erneuten Beitragseinstufung erreichten Alters zu zahlen. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden.

Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperiode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenen Versicherungsperiode fortgeführt.

Bei Neuanmeldungen in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt die oben beschriebene Regelung in der Gruppenversicherung bezüglich der erneuten Beitragseinstufung zum 1.1. der jeweils 5-jährigen Versicherungsperiode analog auf Basis des Jahres, welches für den Hauptversicherten in der Einzelversicherung der ZbKV-Tarife gilt.

Damit beträgt die maximale Versicherungsdauer 5 Jahre. Sie verlängert sich automatisch solange das Versicherungsverhältnis ungekündigt besteht.

Eintrittsalter	ZbKV-K I	ZbKV-K II
66	73,95	59,14
67	78,54	62,81
68	83,28	66,6
69	88,17	70,52
70	93,26	74,58
71	98,49	78,77
72	103,92	83,11
73	109,5	87,58
74	115,24	92,16
75	121,13	96,87
76	127,17	101,7
77	133,4	106,69
78	139,79	111,8
79	146,36	117,05
80	151,68	121,3
81	155,73	124,55
82	158,44	126,72
83-105	159,82	127,82

Gemäß den Zusatzbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung nach **ZbKV- und ZbKVA-Tarifen** gelten die hier aufgeführten Ausschlüsse und weitere Voraussetzungen.

Generell gilt: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes geleistet. Dies gilt nicht für

Tarife	Ausschlüsse
ZbKV-K und ZbKVA-K (Stationäre Leistungen)	<ul style="list-style-type: none"> Vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Krankenhausbehandlungen Schwere Erkrankungen*, sofern diese bereits zum Beginn des Versicherungsverhältnisses bestanden haben und zu diesem Zeitpunkt der versicherten Person bekannt waren (Erfolgt die Versicherung in den Tarifen ZbKV-K oder ZbKVA-K im unmittelbaren Anschluss an die Versicherung im Tarif bKV-K gelten die Ausschlüsse zu den schweren Erkrankungen nicht.)
ZbKV-KH (Krankenhaustagegeld)	<ul style="list-style-type: none"> Vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Krankenhausbehandlungen
ZbKV-KU (Stationäre Leistungen bei Unfall)	<ul style="list-style-type: none"> Ein vor Beginn des Versicherungsverhältnisses bereits eingetretener Unfall
ZbKV-KUR (Kurtagegeld)	<ul style="list-style-type: none"> Vor Beginn des Versicherungsverhältnisses angeratene oder bereits begonnene Kurbehandlungen
ZbKV-ZB (Zahnbehandlung) und ZbKV-ZBP (Zahnbehandlung und -prophylaxe)	<ul style="list-style-type: none"> Vor Beginn des Versicherungsverhältnisses geplante oder bereits begonnene Zahnbehandlungen
ZbKV-ZE und ZbKV-ZEP (Zahnersatz)	<ul style="list-style-type: none"> Vor Beginn des Versicherungsverhältnisses geplante oder bereits begonnene Zahnersatzmaßnahmen sowie bei Beginn des Versicherungsverhältnisses fehlende und noch nicht ersetzte Zähne

Ferner sind Versicherungsfälle gemäß § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die stationäre Zusatzversicherung bei Unfällen nach Tarif bKV-KU und ZbKV-KU ausgeschlossen.

* Zu den schweren Erkrankungen zählen:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Erkrankungen des zentralen Nervensystems, des Gehirns, der Arterien oder Venen, des Herzens und der Nieren ■ chronische Lungenerkrankung ■ chronische Lebererkrankungen ■ medikamentös behandelter Bluthochdruck ■ Krebs ■ Leukämie ■ Muskelschwund ■ Osteoporose | <ul style="list-style-type: none"> ■ Gelenkarthrosen ■ Morbus Parkinson ■ Morbus Alzheimer ■ Demenz ■ rheumatische Erkrankungen ■ Diabetes mellitus ■ Morbus Crohn ■ Colitis ulcerosa ■ psychische Erkrankungen ■ Suchterkrankungen ■ HIV-Infektion |
|--|--|

Wartezeiten:

In den ZbKV-Tarifen gelten folgende Wartezeiten:

Tarife	Wartezeit
ZbKV-S (Sehhilfen)	3 Monate
ZbKV-HOE (Hörgeräte)	
ZbKV-SHI (Sonstige Hilfsmittel)	
ZbKV-AV (Arznei-u. Verbandmittel)	
ZbKV-HEI (Heilmittel)	
ZbKV-HP (Heilpraktiker)	
ZbKV-V (Vorsorge)	
ZbKV-KH (Krankenhaustagegeld)	
ZbKV-KUR (Kurtagegeld)	
ZbKV-ZB (Zahnbehandlung)	8 Monate
ZbKV-ZBP (Zahnbehandlung u. prophylaxe)	
ZbKV-ZE (Zahnersatz)	
ZbKV-ZEP (Zahnersatz)	
ZbKV-K und ZbKVA-K (Stationäre Leistungen)	8 Monate bei Entbindungen und Psychotherapie, ansonsten 3 Monate
ZbKV-VG (Vorsorge-Schecks)	Keine Wartezeit
ZbKV-U (Urlaubsreise)	
ZbKV-KU (Stationäre Leistungen bei Unfall)	

Bei Unfall entfällt die Wartezeit in allen Tarifen.

Ausschluss bestimmter Berufsgruppen:

In den ZbKV- bzw. ZbKVA-Tarifen sind Berufssportler, Saisonarbeiter und Zeitarbeiter ausgeschlossen.

Weitere Voraussetzungen:

Alle ZbKV-Tarife - mit Ausnahme des Tarifs ZbKV-KH - stehen für gesetzlich wie privat Versicherte zur Verfügung. Welche Tarifkombinationen möglich sind, regeln die Zeichnungsgrundsätze für die bKV.

»EU-Datenschutz-Grundverordnung«

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt ab dem 25.05.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Mit der DSGVO werden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vereinheitlicht. Dadurch wird der Schutz von personenbezogenen Daten insgesamt sichergestellt und der freie Datenverkehr innerhalb der Europäischen Union gewährleistet. Die neuen Vorschriften der DSGVO sehen insbesondere ein hohes Maß an Transparenz bei der Datenverarbeitung und umfassende Rechte der betroffenen Personen vor.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Internet-Seite unter: www.hallesche.de/datenschutz

Mit den folgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die HALLESCHE und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon: 0711/6603-0
Fax: 0711/6603-290
E-Mail-Adresse: service@hallesche.de

Den betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Anschrift oder per E-Mail unter: datenschutz@hallesche.de. Hier können Sie auch Ihre Rechte geltend machen hinsichtlich einer Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, der Berichtigung Ihrer Daten, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind, des Widerspruchsrechts sowie der Löschung oder Sperrung Ihrer Daten, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung unzulässig ist oder sich als nicht mehr erforderlich erweist.

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.hallesche.de/datenschutz abrufen.

Melden Sie Versicherungsschutz bei der HALLESCHE an, benötigen wir hierbei Angaben von Ihnen, die wir zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung, benötigen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Leistungsanspruch ist.

Die DSGVO, das BDSG sowie der Code of Conduct regeln dabei die Datenverarbeitung (wie v. a. das Erheben, Erfassen, Speichern, Anpassen oder Verändern, Verknüpfen, Löschen und Sperren, Übermitteln und Offenlegen, Nutzen, Vernichten) von personenbezogenen Daten in Zusammenhang mit der Anbahnung, dem Abschluss, der Durchführung und Beendigung von Versicherungsvertragsverhältnissen. Diese datenschutzrechtlichen Maßgaben bietet den Versicherten die Gewähr, dass wir mit Kundendaten besonders sensibel umgehen und dass mithin die Grundrechte und Grundfreiheiten natürlicher Personen und insbesondere deren Recht auf Schutz personenbezogener Daten gewahrt werden.

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

Zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses ist es erforderlich, dass wir personenbezogene Daten zur versicherten Person verarbeiten, die uns entweder von Ihnen oder einer beauftragten Person (z. B. behandelnder Arzt), oder durch den bevollmächtigten Gruppenvertragspartner und ggf. vom betreuenden Vermittler mitgeteilt wurden. Zwischen der HALLESCHE, dem Gruppenvertragspartner sowie dem betreuenden Vermittler kann es darüber hinaus erforderlich sein, zum Zweck der Vertragsabwicklung und der Kundenbetreuung Daten auszutauschen, wie Vertragsnummer, allgemeine Personen- und Adressdaten sowie Beginn, Umfang und Ende Ihres Versicherungsvertragsverhältnisses. Eine über den engen Zweck des Versicherungsverhältnisses hinausgehende Verwendung oder Weitergabe Ihrer Daten findet nicht statt. Ihre Gesundheitsdaten werden dem Gruppenvertragspartner nicht offenbart.

Sofern Rückfragen bei behandelnden Krankenhäusern und Ärzten erforderlich werden oder gutachterliche Stellungnahmen einzuholen sind, werden wir Sie in jedem Einzelfall vorab informieren und konkret um Einwilligung bitten.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs, zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzerns sowie für Markt- und Meinungsumfragen, zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Ihre Daten werden nach den Grundsätzen zur ordnungsmäßigen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in

elektronischer Form sowie zum Datenzugriff (GoBD) verarbeitet sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht, gespeichert und archiviert. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. 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.

Datenübermittlung an Rückversicherer

Um die Erfüllung der Ansprüche abzusichern, kann es ggf. erforderlich sein, dass die HALLESCHE Rückversicherer einschaltet, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HALLESCHE die Anmeldung oder den Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegt.

Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die HALLESCHE das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über bestehende Verträge/Versicherungsverhältnisse und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer 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 bestehende Verträge/Versicherungsverhältnisse an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den genannten Zwecken werden anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Sofern personenbezogene Angaben notwendig sind, werden wir Sie über die Übermittlung unterrichten. Die Rückversicherer sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und dürfen die Daten selbstverständlich nur streng zweckgebunden nutzen.

Sofern zur Prüfung des Versicherungsfalles auch Angaben zur Gesundheit notwendig werden, bedarf es zur Datenweitergabe Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Datenweitergabe an selbständige 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. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der den Versicherungsnehmer betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen der jeweilige Vertrag/das jeweilige Gruppenvertragsverhältnis angenommen werden kann. Der Vermittler, der das Gruppenvertragsverhältnis betreut, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag/das Versicherungsverhältnis abgeschlossen wurde. Ein etwaiger Vermittlerwechsel wird mit dem Gruppenvertragspartner abgestimmt.

Ihre Daten können auch zum Zwecke der Beratung zu Weiterversicherungsmöglichkeiten in der Einzelversicherung, über die Sie die HALLESCHE oder der den Versicherungsnehmer betreuende Vermittler informieren wird, verwendet werden.

Eine Weitergabe von Gesundheitsdaten erfolgt nicht, es sei denn, es liegt eine ausdrückliche Einwilligung des betroffenen Versicherungskunden vor.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Bereiche im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern nehmen konzernübergreifend bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriften, 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 finden Sie sowohl die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, als auch die gemeinsam verarbeiteten Daten.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Hierzu gehört insbesondere die Betreuung von Firmenversicherten im Ausland.

Die HALLESCHE verpflichtet diese externen Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit. Die dabei zu treffenden technischen und organisatorischen Anforderungen und Sicherheitsvorkehrungen werden durch geeignete Maßnahmen gewährleistet und kontrolliert.

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.hallesche.de/dienstleisterliste entnehmen. Die im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages in Anspruch genommenen Dienstleister sind umseitig aufgeführt.

Sollte insoweit die Weitergabe von Gesundheitsdaten erforderlich sein, werden wir diese ohne Ihre vorherige ausdrückliche Einwilligung oder die Einwilligung des bevollmächtigten Gruppenvertragspartners nicht weitergeben.

Weitere Empfänger

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

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 nach Beendigung des Vertrages.

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

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.

Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Sie können dieser Verarbeitung oder Nutzung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch ist jederzeit möglich und bedarf keiner bestimmten Form. Er ist zu richten per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon an die HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit.

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:

Der Landesbeauftragte
für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstraße 10a
70173 Stuttgart

Datenübermittlung in ein Drittland

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

Umfasst der langfristige Auslandskranken-Gruppenvertrag in der Vollkostenversicherung steuerpflichtige Entsandte in den USA, ist die HALLESCHE zur Erfüllung der Berichtspflichten im Rahmen des »Patient Protection and Affordable Care Act« (PPACA), auch »Obamacare« genannt, verpflichtet, zu diesen Personen allgemeine personenbezogene Daten an die amerikanische Steuerbehörde (IRS) zu übermitteln. Für diesen Zweck bedarf es der Inanspruchnahme eines mit der Steuerbehörde zusammenarbeitenden, vorgeschalteten Dienstleistungsunternehmens. Wird die Datenweitergabe nicht gewünscht, so bedeutet dies einen Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung. Dies führt jedoch dazu, dass der im Rahmen des Gruppenvertrages gebotene Versicherungsschutz aufgrund der fehlenden Datenübermittlung an die amerikanische Steuerbehörde nicht der vorgeschriebenen Mindestdeckung (Minimum Essential Coverage) entspricht und für den Versicherten mit Strafzahlungen zu rechnen ist. Um ein ähnlich hohes Datenschutzniveau wie in Europa sicherzustellen, haben wir mit dem USA-Dienstleister eine umfangreiche Geheimhaltungs- und Datenschutzvereinbarung getroffen.

Dienstleisterliste

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Versicherungsnummer, Name, Anschrift) an Dritte weitergegeben werden können

- Datenträger-/Aktenentsorgung
- Druck-/Kuvierarbeiten und Versand
- Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)

- IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, Hard-/Softwareimplementierung und -unterstützung)
- Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen)
- Servicekartenherstellung (»Card für Privatversicherte«)

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten – mit ausdrücklicher Einwilligung – an Dritte weitergegeben werden können

- Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, Rechnungsprüfung, medizinische Beratung)
- Rückversicherungsmakler
- Telefonischer Kundenservice
- Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)

Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien

- Entsorgungsunternehmen
- Druckereien und Postdienstleister
- Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
- KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
- Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
- Marketing-/Marktforschungsunternehmen

- Giesecke & Devrient GmbH

Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien

- MD Medicus Assistance Service GmbH
- Global Medical Management Inc. (GMMI)
- AON Benfield
- SELLBYTEL Group GmbH
- MD Medicus Assistance Service GmbH
- Henner Group

Gemeinsame Datenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.
- HALLESCHE Krankenversicherung a.G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Treuhand GmbH

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), können die Stammdaten des Gruppenversichernehmers sowie der versicherten Personen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.

Diese Stammdaten umfassen gemäß Code of Conduct maximal Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge, Rollen der betroffenen Personen (z. B. Versicherungsnehmer, Hauptversicherter, Beitragszahler, Zahlungsempfänger), Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Widerspruchs-/Sperrvermerke (bzgl. Werbung und Markt-/Meinungsforschung) und andere Widersprüche, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

Einwilligung/Hinweis

Indem Sie oder ein von Ihnen beauftragter Dritter uns Daten anvertraut (z. B. durch Übersendung von Unterlagen, wie Rechnungen oder Befundberichte), erklären Sie sich einverstanden, dass diese Daten – soweit erforderlich – von uns oder von einem für uns tätigen Dienstleister gemäß diesem Informationsblatt verarbeitet werden dürfen. Soweit eine vorherige ausdrückliche Einwilligung Ihrerseits vorgesehen ist (insbesondere bei Weitergabe von Gesundheitsdaten), werden wir uns mit Ihnen vorab in Verbindung setzen.

Datenschutzerklärung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Anmeldung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHE Krankenversicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die von mir in diese Anmeldung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Anmeldung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

Ich wünsche, dass mich die HALLESCHE Krankenversicherung in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHE Krankenversicherung einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anmeldebearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anmeldung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anmeldung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Prüfung der Anmeldung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Anmeldung an die HALLESCHE Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anmeldung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich

nach Vertragsschluss für die HALLESCHE Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anmeldung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHE Krankenversicherung

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Die HALLESCHE Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HALLESCHE Krankenversicherung 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.hallesche.de/dienstleisterliste) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: HALLESCHE Krankenversicherung a.G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0 800-30 20 100 angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HALLESCHE Krankenversicherung 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 HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. 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 HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HALLESCHE Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HALLESCHE Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Anmeldung gespeichert.

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

II. Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzerns sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

III. Datenschutzrechtliche Verhaltensregeln »Code of Conduct«

Die Versicherungsunternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHE Konzern sind den »Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft« (Code of Conduct) beigetreten. Dieser Verhaltenskodex regelt den Umgang von Versicherungsunternehmen mit den personenbezogenen Daten ihrer Kunden. Aufgrund der dort beschriebenen Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes geht er über die vorangegangenen Punkte der »Datenschutzerklärung«, für die Ihre individuelle Einwilligung erforderlich ist, sowie über die Anforderungen des Datenschutzrechts hinaus.

Der Code of Conduct wurde vom Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) in enger Abstimmung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) entwickelt.

Wir haben den Wortlaut dieser Verhaltensregeln auf unserer Internetseite www.hallesche.de/code-of-conduct veröffentlicht. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie die Liste der Unternehmen unseres Konzerns, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen (www.hallesche.de/dienstleisterliste). Gerne senden wir Ihnen eine gedruckte Version zu.

Für Rückfragen steht Ihnen der Betriebliche Datenschutzbeauftragte der HALLESCHE (Anschrift: Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart, E-Mail: datenschutz@hallesche.de) gerne zur Verfügung. Hier können Sie auch Ihre Rechte geltend machen hinsichtlich einer Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, der Berichtigung Ihrer Daten, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind, sowie der Löschung oder Sperrung Ihrer Daten, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Die folgende »**Zusätzliche Erklärung zur Datenübermittlung im Rahmen von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen**« gilt nur für den Fall, dass der Versicherungsvertrag im Rahmen einer Kooperation mit einer gesetzlichen Krankenkasse zustande kommt:

Zusätzliche Erklärung zur Datenübermittlung im Rahmen von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen

Ich bin einverstanden, dass die HALLESCHE Krankenversicherung dem Kooperationspartner im Rahmen des zwischen beiden bestehenden Kooperationsvertrages folgende Daten meines Versicherungsvertrages zum Zweck der Vertragsabwicklung und der Kundenbetreuung speicherbar übermittelt:

- Meine Vertragsnummer,
- Beginn, Umfang und Ende meines Versicherungsvertrages bei der HALLESCHE.

Ich willige auch darin ein, dass der Kooperationspartner der HALLESCHE Krankenversicherung für Zwecke der Vertragsabwicklung und der Kundenbetreuung nachstehende Daten speicherbar übermittelt:

- Angaben zu meiner Person (Name, Anschrift, Geburtsdatum),
- meine Krankenversicherten-Nr.,
- Beginn und Ende meiner Versicherung beim Kooperationspartner.

Eine über die zuvor genannten Zwecke hinausgehende Verwendung oder Weitergabe meiner Daten findet nicht statt.

Von der HALLESCHE Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Adressprüfung	■ Adressermittler, Einwohnermeldeämter
■ Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	■ Wirtschaftsauskunfteien (Schufa Holding AG, Creditreform e.V., Arvato Infoscore GmbH)
■ Datenträger-/Aktenentsorgung	■ Entsorgungsunternehmen
■ Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	■ Druckereien und Postdienstleister
■ Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	■ Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH ■ KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
■ IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung)	■ Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
■ Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen)	■ Marketing-/Marktforschungsunternehmen
■ Servicekartenherstellung (»Card für Privatversicherte«)	■ Giesecke & Devrient GmbH

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Rechnungsprüfung, Medizinprodukte)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Global Medical Management Inc. (GMMI) ■ Anbieter medizinischer Produkte
■ Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	■ Verwaltungsdienstleistungsunternehmen
■ Telefonischer Kundenservice	■ SELLYBYTEL Group GmbH

Gemeinsame Stammdatenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Treuhand GmbH

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), werden die Stammdaten der Antragsteller, Anmeldenden, Interessenten und Versicherten der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt. Diese Stammdaten umfassen Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten sowie Sperrvermerke zu Werbung und Markt-/Meinungsforschung.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik.

Die Legitimationsgrundlage für eine Datenübermittlung an andere Stellen ergibt sich aus der Schweigepflichtentbindungserklärung und aus der Datenschutzerklärung im Versicherungsantrag, in der Anmeldung oder in der Angebotsanforderung. Diese Maßgaben haben auch für die Versicherungsunternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern Gültigkeit. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

* Liste der Dienstleister gemäß Ihrer »Datenschutzerklärung/Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung«

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung/Ihre Angebotsanforderung 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.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHE Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

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.

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

1. 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.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung

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. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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.

4. 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.

5. 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 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.

HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Person

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Übertragung von Rechten und Pflichten

Die Rechte und Pflichten aus diesem Versicherungsverhältnis werden vom Versicherungsnehmer auf den Hauptversicherten übertragen, insbesondere die Pflicht zur Beitragszahlung. Einzelheiten ergeben sich aus den Zusatzbedingungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der HALLESCHE Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer/Hauptversicherte an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHE Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/ oder Krankentagegeldversicherung nur mit Einwilligung der HALLESCHE Krankenversicherung möglich ist. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHE Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Zustandekommen des Vertrags

Mir ist bekannt, dass mit Eingang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung der Versicherungsvertrag zustande kommt. Versicherungsschutz besteht ab dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Eingang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung. Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu zwei Monate vor Zugang der Anmeldung bei der HALLESCHE Krankenversicherung liegen, wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dies vorsehen. Die Beiträge sind ab dem Versicherungsbeginn zu bezahlen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
07 11/66 03-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Besondere Hinweise

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

Ihre
HALLESCHE Krankenversicherung

Anhang

Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]

§ 312i Allgemeine Pflichten im elektronischen Geschäftsverkehr

(1) Bedient sich ein Unternehmer zum Zwecke des Abschlusses eines Vertrags über die Lieferung von Waren oder über die Erbringung von Dienstleistungen der Telemedien (Vertrag im elektronischen Geschäftsverkehr), hat er dem Kunden

1. angemessene, wirksame und zugängliche technische Mittel zur Verfügung zu stellen, mit deren Hilfe der Kunde Eingabefehler vor Abgabe seiner Bestellung erkennen und berichtigen kann,
2. die in Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche bestimmten Informationen rechtzeitig vor Abgabe von dessen Bestellung klar und verständlich mitzuteilen,
3. den Zugang von dessen Bestellung unverzüglich auf elektronischem Wege zu bestätigen und
4. die Möglichkeit zu verschaffen, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Geschäftsbedingungen bei Vertragsschluss abzurufen und in wiedergabefähiger Form zu speichern.

Bestellung und Empfangsbestätigung im Sinne von Satz 1 Nummer 3 gelten als zugegangen, wenn die Parteien, für die sie bestimmt sind, sie unter gewöhnlichen Umständen abrufen können.

Einführungsgesetz zum BGB [BGBEG]

Artikel 246c Informationspflichten bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr muss der Unternehmer den Kunden unterrichten

1. über die einzelnen technischen Schritte, die zu einem Vertragsschluss führen,
2. darüber, ob der Vertragstext nach dem Vertragsschluss von dem Unternehmer gespeichert wird und ob er dem Kunden zugänglich ist,
3. darüber, wie er mit den gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Verfügung gestellten technischen Mitteln Eingabefehler vor Abgabe der Vertragserklärung erkennen und berichtigen kann,
4. über die für den Vertragsschluss zur Verfügung stehenden Sprachen und
5. über sämtliche einschlägigen Verhaltenskodizes, denen sich der Unternehmer unterwirft, sowie über die Möglichkeit eines elektronischen Zugangs zu diesen Regelwerken.