

HanseMerkur
Krankenversicherung AG

Verbraucherinformation

Krebs-Scan
Juni 2026



HanseMerkur

Übersicht



Der Versicherungsvertrag wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

Die Verbraucherinformation ist eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maßnahme, die Ihnen als Versicherungsnehmer ein größtmögliches Maß an Informationen über Ihren Versicherungsschutz garantiert.

Diese Broschüre enthält alle für Ihren Versicherungsschutz wichtigen Angaben und die Versicherungsbedingungen. Bewahren Sie bitte deshalb die Unterlagen sorgfältig bei Ihren Versicherungspapieren auf.

Herzlich willkommen bei der HanseMerkur!	3
Wichtige Informationen inkl. <i>Widerrufsbelehrung ab Seite 5</i>	4
Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	9
Mitteilung über die Folgen einer Obliegenheitsverletzung	11
Was ist im Leistungsfall zu tun?	12
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	13
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die	
• Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung	14
Tarif	
• ZY	25
Besondere Bedingungen für	
• die Krankenversicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages	28
• Auslandsaufenthalte	29

Liebe Kundin, lieber Kunde,
herzlich willkommen bei der HanseMerkur!

Hand in Hand

Hand in Hand ist HanseMerkur - ein Grundsatz, der sich in unseren vielfach ausgezeichneten Produkten sowie in allen Leistungsangeboten widerspiegelt. Bei uns gehen individuelle Ansprüche und die Stärke unserer Gemeinschaft Hand in Hand. Denn mit einem starken Partner an der Seite kann man mehr erreichen. Gemeinsam schaffen wir täglich die Voraussetzung für ein sicheres Leben.

Unsere Geschichte

Unsere Wurzeln gehen mehr als 150 Jahre zurück auf die Gründung der "Hanseatischen Krankenversicherung VVaG" von 1875. Aus dem Zusammenschluss mit der "Hanse-Krankenschutz VVaG" im Jahr 1969 entstand in der Folge die heutige HanseMerkur Krankenversicherung AG als Teil der HanseMerkur. Damit sind wir der zweitälteste private Krankenversicherer am Markt. An der Spitze der HanseMerkur steht ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG), wodurch wir allein unseren Versicherten gegenüber verpflichtet sind. Diese Struktur sichert nicht nur unsere Unabhängigkeit, sondern bietet unseren Versicherten Verlässlichkeit, Stabilität und Sicherheit.

Was verbirgt sich auf den nächsten Seiten?

Diese Broschüre beantwortet Ihre Fragen zum Versicherungsvertrag und informiert über Inhalt und Umfang Ihres Versicherungsschutzes. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind rechtsverbindlich und regeln alle gegenseitigen Rechte und Pflichten.

Was im Leistungsfall zu tun ist, beschreiben wir Ihnen ausführlich auf Seite 12.

Navigieren Sie in der Übersicht der digitalen Version dieser Broschüre gern mithilfe der hinterlegten Verlinkungen.

Ihre Gesundheit steht an erster Stelle

Die Absicherung gegen die finanziellen Folgen von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit - das ist selbstverständlich unsere zentrale Aufgabe. Darüber hinaus bieten wir Ihnen aber noch mehr:

Unter der kostenfreien Rufnummer **0800 1121310** (täglich 24 Stunden erreichbar) erhalten Sie Adressen von Fachärzten, Zahnärzten, Therapeuten oder Krankenhäusern. Aber auch allgemeine Auskünfte über Krankheitsursachen, Informationen zu Medikamenten sowie reisemedizinische Beratungen oder die Zweitmeinung von einem Facharzt gibt es dort für Sie kostenfrei.

Auf hansemerkur.gesundheitsportal-privat.de finden Sie zudem zahlreiche Tipps und Informationen wie z. B. Nachschlagemöglichkeiten zu Krankheiten und Behandlungsformen sowie viele Artikel rund um Ernährung, Sport und Wellness. Klicken Sie doch einfach mal rein!

Sie haben Fragen hierzu, zu Ihrem Versicherungsschutz oder benötigen Hilfe bei dringenden Notfällen auf Reisen? Wir sind gern für Sie da. Alle wichtigen Telefonnummern finden Sie auf der Rückseite dieser Broschüre.

Ihre HanseMerkur

Wichtige Informationen!

Die folgenden Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie das Ihnen separat ausgehändigte „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrags bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG. Bewahren Sie diese Informationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

Identität des Versicherers (Name, Rechtsform, ladungs-fähige Anschrift , Sitz, Handelsregister und Registernummer)	<p>Ihr Versicherer ist die HanseMerkur Krankenversicherung AG. Wir sind eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Hamburg.</p> <p>Unsere Anschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg.</p> <p>Unsere Telefonnummer: 040 4119-0, unsere E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de und unser Telefax: 040 4119-3257.</p> <p>Die Eintragung im Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg lautet: HRB 101967.</p>
Gesetzlich Vertretungsrechte der HanseMerkur Krankenversicherung AG	<p>Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse, Johannes Ganser, Raik Mildner.</p>
Hauptgeschäftstätigkeit	<p>Die HanseMerkur Krankenversicherung AG (im Folgenden HanseMerkur genannt) betreibt die private Krankenversicherung sowie die private Pflegepflichtversicherung.</p>
Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen	<p>Die HanseMerkur gehört einer Insolvenzsicherungseinrichtung an, die den Schutz der Ansprüche ihrer Versicherungsnehmer sicherstellt. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um die „Medicator AG“.</p> <p>Die Anschrift lautet: Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln.</p>
Vertragsgrundlagen	<p>Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarif ZY haben wir für Sie in der Übersicht auf der zweiten Seite aufgeführt; sie sind vollständig in dieser Verbraucherinformation enthalten.</p>
Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	<p>Die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus Tarif ZY und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anhang, dem Antrag und ggf. den nach Antragstellung vereinbarten Abweichungen, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen.</p> <p>Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Krankenversicherung als Ergänzung der privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Beihilfe bzw. Heilfürsorge. Aus Tarif ZY besteht ein Leistungsanspruch für einen PanTum Detect® Test, bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen sowie Begleitleistungen und Gesundheitsassistance.</p>
Beitragshöhe	<p>Die Beitragshöhe können Sie dem Versicherungsantrag entnehmen. Sollte der dort aufgeführte Beitrag unrichtig berechnet sein, wird Ihnen der tatsächlich zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt; dieser bedarf Ihrer Zustimmung. In diesem Fall ist der Inhalt der gesonderten Mitteilung maßgeblich.</p>
Zusätzliche Kosten	<p>Es fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Steuern oder Gebühren für Sie an. Die Kranken- und Pflegeversicherung ist nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG 2021) steuerfrei. Für die Nutzung unseres „24 Stunden Notruf-Services“ entstehen Ihnen Kosten in Höhe der anfallenden Telefongebühren.</p>

Beitragszahlung	Die Fälligkeit der Beiträge und evtl. Nachlässe nach § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich). Wählen Sie z. B. die monatliche Zahlungsweise, zahlen Sie den Beitrag bitte immer am Ersten eines jeden Monats.
Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen	Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge können sich aufgrund von Beitragsanpassungen gemäß § 8b oder Altersumstufungen gemäß § 8a (Beitragsberechnung) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig. Gemäß § 13 Abs. 3 und 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen haben Sie bei Beitrags-erhöhungen ein außerordentliches Kündigungsrecht.
Zustandekommen des Vertrags	Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die HanseMerkur Ihren Antrag mit einem Versicherungsschein oder einer schriftlichen Annahmeerklärung angenommen hat und Ihnen der Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung zugegangen ist.
Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein als „Beginn“ oder der Annahmeerklärung als „Versicherungsbeginn“ bezeichneten Zeitpunkt.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 - Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu den Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HanseMerkur Krankenversicherung AG,
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg,
E-Mail: kv-bestand@hansemerkur.de,
Fax: 040 4119-3257.

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter <https://www.hansemerkur.de/widerruf> ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsvertrags in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7.
 - a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrags sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
 - b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;

8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrags;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrags, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der
Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit

Die Mindestvertragslaufzeit Ihres Vertrags beträgt zwei Versicherungsjahre. Dabei entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr - das erste Versicherungsjahr beginnt abweichend am Tag des Versicherungsbeginns. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern Sie es nicht bedingungsgemäß kündigen oder sonstige bedingungsgemäße Beendigungsgründe eintreten.

Vertragsbeendigung

Sie können den Versicherungsvertrag (mit Kenntnis der versicherten Person) mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit (zwei Versicherungsjahre) oder später mit der gleichen Frist zum Ablauf eines jeden Jahres in Textform (z. B.: Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Zusätzliche Informationen zur Beendigung Ihrer Versicherung - auch aufgrund von Beitragserhöhungen - finden Sie in den §§ 13 bis 15 der Versicherungsbedingungen.

Zuständiges Gericht	<p>Klagen gegen die HanseMerkur können Sie beim Gericht in Hamburg oder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes erheben.</p> <p>Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Hamburg zuständig.</p>
Anwendbares Recht	Auf das Vertragsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
Vertragssprache	Die Sprache der Vertragsbedingungen, dieser Vorabinformationen sowie der Kommunikation mit Ihnen während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.
Außergerichtliche Beschwerde und Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle	<p>Sollte sich das Versicherungsverhältnis trotz unserer Bemühungen nicht fehlerfrei gestalten, wenden Sie sich bitte zunächst an unsere Hauptverwaltung in Hamburg.</p> <p>Darüber hinaus haben wir uns durch unsere freiwillige Mitgliedschaft im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. satzungsgemäß zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle verpflichtet. Bei Beschwerden oder Rechtsauskünften sowie zur Durchführung eines Streitbeilegungsverfahrens können Sie sich daher kostenlos an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin) wenden (www.pkv-ombudsmann.de).</p> <p>Näheres regelt das Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung, im Internet unter www.pkv-ombudsmann.de/schlichtungsverfahren/statut/ abrufbar. Die Beschwerde ist dort in Textform (z. B. mittels Briefs oder E-Mail) einzureichen.</p> <p>Selbstverständlich bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt.</p>
Zuständige Aufsichtsbehörde	<p>Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.</p> <p>Es handelt sich dabei um die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die Anschrift lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn (www.bafin.de).</p>

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



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

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. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung ist jedoch ausgeschlossen, wenn sie der Erfüllung der Versicherungspflicht dient.

Unser Kündigungsrecht ist ferner 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. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. 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. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, nach dem Sie ohne Unterbrechung versichert sind.

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.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Ihr Zusatzschutz: Was ist im Leistungsfall zu tun?

Liebe Kundin, lieber Kunde,

der Krankenversicherungsvertrag wird wie kaum ein anderer Vertrag von Vertrauen geprägt.

Gegenseitige Informationen tragen dazu bei, es zu erhalten und Störungen des Versicherungsschutzes zu vermeiden.

Auf diesem Merkblatt haben wir einige Hinweise für Sie zusammengetragen, die Ihnen helfen sollen, im Leistungsfall eine möglichst schnelle Erstattung zu erhalten und Eigenkosten zu vermeiden.

Deshalb unsere Bitte: Lesen Sie die Hinweise aufmerksam durch und beachten Sie bei künftigen Leistungseinreichungen folgende Punkte:

- Zur Auszahlung der Versicherungsleistung benötigen wir grundsätzlich die Originalbelege mit Diagnose. Bei Duplikaten / Zweitschriften benötigen wir den Erstattungsvermerk des Erstversicherers.
- Sollten Sie kurzfristig ins Krankenhaus müssen, geben Sie in der Patientenverwaltung Ihre Versicherungsnummer bekannt. Sofern das Krankenhaus einen Kostenübernahmeantrag bei uns stellt, prüfen wir, ob wir die Unterbringungskosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen können.
- Bei geplanten Krankenhausaufenthalten rufen Sie uns bitte an - wir können Ihnen sagen, ob wir in diesem Einzelfall weitere Unterlagen benötigen. Bitte beachten Sie die Informationen, die Ihnen das Krankenhaus vor der Aufnahme gibt.
- Zur Erstattung der Kosten eines Krankentransports bei ambulanter Behandlung benötigen wir die Originalrechnungen mit Fahrtdatum und Diagnose.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist verbindlich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarifbeschreibung geregelt.

Haben Sie Fragen zu Ihrer Krankenversicherung oder zu weiteren Angeboten der HanseMerkur? In unserem Serviceportal unter www.hansemerkur.de finden Sie Antworten zu häufig gestellten Fragen.

Für Leistungseinreichungen zu Ihrer Krankenversicherung:

HanseMerkur Krankenversicherung
Postfach 30 24 50
20308 Hamburg

Für alle Smartphone-Besitzer: die **HanseMerkur ServiceApp!** Profitieren auch Sie von unseren mobilen Services wie Leistungs- und Dokumenteneinreichung, Postbox mit Bearbeitungsstatus und vielen weiteren personalisierten Services. Alles sicher mit Datenverschlüsselung und PIN-Aktivierung! Infos unter: www.hansemerkur.de/app-center/serviceapp.

Alles Gute für Sie!
Ihre HanseMerkur

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und der 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 werden.¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS)

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	14
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	15
§ 3	Wartezeiten	16
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	16
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	17
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	18
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	19

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	19
§ 8a	Beitragsberechnung	19
§ 8b	Beitragsanpassung	20
§ 9	Obliegenheiten	20
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	20
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	20
§ 12	Aufrechnung	20

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	20
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	21
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	21

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	21
§ 17	Gerichtsstand	21
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	21

Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gelten auch

1. Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;
2. durch Kraffanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.

- (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). Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für ambulante Heilbehandlung kann erstmals nach zweijähriger Dauer für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gegeben werden. Nach Ablauf von jeweils zwei weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden,
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind,
 - d) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden,
 - e) Zahnprophylaxe und über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind,
 - f) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen, und
 - g) die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind. Digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Bereich der Fitness oder Wellness zuzurechnen sind, sind hiervon ausgeschlossen.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KS mit Anhang und Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Als Europa im Sinne dieser Bedingung gelten auch die außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei. Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß § 4 Abs. 2 AVB/KS vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Der Versicherungsschutz 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.

Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange zur Verfü-

gung gestellt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands, 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. Es kann jedoch durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß § 4 Abs. 2 AVB/KS vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann nur bis spätestens 2 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland beantragt werden. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die Schweiz muss der Abschluss der Besonderen Bedingungen vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vereinbart werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Unter denselben Voraussetzungen sowie im Falle einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen dieser Staaten kann der Versicherungsnehmer für die betreffende Versicherung zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen das vorübergehende Ruhen von Rechten und Pflichten nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung (Tarif AwV) beantragen.

- (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. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer insoweit entweder einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangen. Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. In diesem Fall erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag

für das Neugeborene auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

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

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: COVID-19, Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber;
 - für den Ehegatten oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung - siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Schließung der Ehe bzw. Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung und Psychotherapie acht Monate, für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Inlays, Zahnprothetik, Brücken, Kronen sowie Implantate) und Kieferorthopädie sechs Monate.
- (4) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung in Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird.
- (5) Soweit sich bei Änderung des Versicherungsschutzes in dem neu gewählten Tarif, der neu gewählten Tarifklasse oder -stufe Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über die Wartezeiten sinngemäß. Dies gilt nicht, wenn zugunsten des Versicherungsnehmers in Tarifen mit Leistungsanpassung etwas anderes bestimmt ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Sofern ein Tarif für ein Versicherungsjahr (siehe § 8 Abs. 1 AVB/KS) Leistungshöchstsätze vorsieht, reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat. Bei Beendigung der Versicherung ermäßigen sich diese Sätze nicht. Sofern ein Tarif über mehrere Versicherungsjahre kumulierende Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

Für Leistungshöchstsätze, die sich auf ein Kalenderjahr beziehen, erfolgt keine Kürzung.

Bei einem Wechsel in Tarife, Tarifklassen oder -stufen, die für eine Leistungsart Leistungshöchstsätze oder andere Leistungsbegrenzungen vorsehen, werden die in den abgehenden Tarifen für diese Leistungsart bereits erstatteten Aufwendungen in den zugehenden Tarifen entsprechend berücksichtigt.

Im Jahr eines unterjährigen Wechsels zwischen Tarifen (bzw. Tarifklassen oder -stufen) gelten auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze im abgehenden Tarif ungekürzt. Im zugehenden Tarif reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Wechsels um ein Zwölftel für jeden in diesem Tarif vollständig nicht

versicherten Monat, sofern nicht die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

Bei einer unterjährig durchgeführten Beitragsanpassung, bei der auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze gemäß § 8b Abs. 1 AVB/KS geändert werden, gelten jeweils die zum Behandlungszeitpunkt gültigen ungekürzten Sätze. Dies gilt entsprechend für unterjährige Wechsel zwischen Tarifen, Tarifklassen oder -stufen, sofern die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

- (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.

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Weiterhin dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung stellen kann. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.

Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist. Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

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

Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl.

Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten als Heilmittel alle in den Bundesbeihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht Sauna-, russisch-römische und ähnliche Bäder.

Soweit nicht die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung kommt, bemisst sich die tarifliche Leistung für Heilmittel nach den gemäß Bundesbeihilfavorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen (Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - „Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel“). Für Aufwendungen, die über diese Beträge hinausgehen, besteht kein Leistungsanspruch.

Als Hilfsmittel gelten die als solche im Tarif aufgeführten Gegenstände.

Als Apotheke gilt auch eine Versand- oder Internetapotheke.

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von niedergelassenen approbierten Ärzten oder von approbierten Ärzten, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis*) des Versicherers enthaltenen, auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierter Anbieter tätig sind, oder von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die zwischen dem Anbieter der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbart wurde. Gibt es für eine digitale Gesundheitsanwendung keine solche Vereinbarung, sind die Kosten bis zu der Höhe erstattungsfähig, die nach § 134 SGB V mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart wurde. Besteht für eine digitale Gesundheitsanwendung eine gesonderte Vereinbarung über den Erstattungsbetrag zwischen dem Anbieter und dem Versicherer, werden immer die zwischen Anbieter und Versicherer vereinbarten Beträge erstattet. Für anderweitige digitale Gesundheitsanwendungen, deren Erstattung vorher durch den Versicherer zugesagt wurde, sind die in Rechnung gestellten Kosten erstattungsfähig.

*) Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

- (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. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.
- (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. Ferner wird bei Krankheitskostenversicherungen in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben.

Leistungen für die oben beschriebenen Krankenanstalten werden auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht,

1. wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern,
2. wenn eine Notfalleinweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte,
3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von zwei Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht,

4. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder
5. wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Abweichend davon wird für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben

von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Abweichend davon werden die tariflichen Leistungen für ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel auch dann erbracht, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrtkosten sowie Kurtaxe sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für stationäre Krankenhausbehandlung kann bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung ein Kostenzuschuss gezahlt werden, wenn der Versicherer diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Soweit nicht im Tarif ergänzend ausdrücklich anderes bestimmt ist, können Leistungen erstmals für Behandlungen erbracht werden, die nach dreijähriger Versicherungsdauer stattfinden. Für Behandlungen dieser Art, die nach Ablauf von jeweils drei weiteren Jahren stattfinden, können erneut Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt auch für Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen, die in Krankenhäusern bzw. Kliniken stattfinden;

- e) für Krankenhaustagegeldleistungen bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung - siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - h) bei Ergänzungstarifen für gesetzlich versicherte Personen für Zuzahlungen, sofern diese die gemäß § 62 SGB V für die versicherte Person geltende Belastungsgrenze überschreiten.
- (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.
- (5) Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z. B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bundesrepublik Deutschland (z. B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Leistungspflicht des Versicherers setzt voraus, dass ihm folgende Nachweise erbracht werden:
 - a) bei ambulanter Heilbehandlung: Originalrechnungen des Behandelnden, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen vom Behandelnden erbrachten Leistungen nach Datum, Anzahl und Art der Behandlung bzw. Ziffer der angewendeten Gebührenordnung enthalten müssen; bei Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel quittierte Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden. Besteht anderweitig Krankenversicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b) bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus ist eine ärztliche Einweisungsbescheinigung mit der Krankheitsbezeichnung vorzulegen; im Übrigen gilt Buchst. a) entsprechend, und zwar auch bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung (siehe § 5 Abs. 1 Buchst. d). Soll nur Krankenhaustagegeld geleistet werden, genügt es, wenn neben der Einweisungsbescheinigung Nachweise über die Aufenthaltsdauer und die im Krankenhaus gestellte Diagnose vorgelegt werden.
 - c) Ist eine Zusatzleistung im Todesfall zu zahlen, muss eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind. Leistungen aus unbezahlt eingereichten Rechnungen kann er unter Anzeige an den Versicherungsnehmer mit befreiender Wirkung an die Rechnungssteller auszahlen.
- (4) 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.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für

nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

- (6) Von den Leistungen können die Kosten für Übersetzungen aus außereuropäischen Sprachen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausaussweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe eingeräumt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif, die einzelne Tarifklasse oder -stufe jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

- (2) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.
- (4) 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 ein-

schließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe beim Versicherer erfragt werden kann.
- (6) 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 aufgrund des § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er gem. § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG (siehe Anhang) eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Diese beträgt zwei Monatsbeiträge.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (8) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß §§ 151 Abs. 1, 140 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines drohenden Notstandes herangezogen werden. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Sie erfolgt nach Altersgruppen. Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das tarifliche Lebensalter der versicherten Person dem Endalter einer Altersgruppe entspricht, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem erreichten Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Altersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 v. H., so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge (auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres) und Tagesgelder erhöht werden.
- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.
- (6) Für Personen, die Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeschlossen haben, ist die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich in Textform zu informieren.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer 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 von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres (siehe § 8 Abs. 1), mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb 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.
- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; 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 zehn Jahre.
- (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. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz - VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (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 Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

- (1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann

nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

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

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen [Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG]

§ 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- (1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um

1. einen drohenden Notstand abzuwenden,

...

§ 151 Überschussbeteiligung der Versicherten

- (1) § 139 Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 sowie § 140 Absatz 1 mit Ausnahme von § 140 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sind auf Krankenversicherungsverträge, die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Versicherten vorsehen, entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG] in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarif ZY

Ergänzungstarif zur Prävention und Heilbehandlung bösartiger Neubildungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif ZY können Personen versichert werden, die das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person

- Versicherungsschutz bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- oder eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen
- oder ein Anspruch auf Beihilfe beziehungsweise Heilfürsorge im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes, der Länder, der Gemeinden oder sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts

besteht.

Entfällt der Versicherungsschutz in der deutschen GKV, der privaten Krankenversicherung oder der Anspruch auf Beihilfe beziehungsweise Heilfürsorge, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung weggefallen ist.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen. Sieht ein unter Punkt A. aufgeführter Kostenträger im Versicherungsfall eine Leistung gemäß Punkt B. 1. und B. 2. vor, so besteht Erstattungsanspruch aus Tarif ZY nur nach dessen Vorleistung. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV oder der privaten Krankenversicherung einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen.

1. PanTum Detect® Test

Der Versicherer erstattet **je Versicherungsjahr die Aufwendungen der Durchführung eines PanTum Detect® Tests**, sofern zum Zeitpunkt der Durchführung keines der für den Test aus rein medizinischen Gründen vorgegebenen Ausschlusskriterien zutrifft.

Der PanTum Detect® Test dient der Früherkennung bösartiger Neubildungen. Grundlage des Tests ist ein Bluttest, bei dem die Werte (Scores) der Biomarker Apo10 und TKTL1 ermittelt und ausgewertet werden.

2. Bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen

Bei auffälligen PanTum Detect® Testergebnissen erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen außerdem die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens zur Lokalisierung einer möglichen bösartigen Neubildung in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT). Bei begründetem Verdacht auf ein Prostatakarzinom erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen zunächst eine Prostata-MRT:

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt, wenn das PanTum Detect® Testergebnis

- (1) **erstmalig** auffällig ist oder
- (2) **erneut** auffällig ist und der vor dem auffälligen Testergebnis zuletzt durchgeführte PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis lieferte.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liegt vor, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- (1) Ein durchgeführter PanTum Detect® Test lieferte ein auffälliges Testergebnis,
- (2) eine anschließend durchgeführte PET-CT und eine Kopf-Hals MRT zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen ergab einen negativen Befund und
- (3) ein aktuell durchgeführter PanTum Detect® Test ergibt einen um mindestens 10 Punkte höheren PanTum Detect® Score gegenüber dem letzten Test, aufgrund dessen eine PET-CT und eine Kopf-Hals MRT durchgeführt wurde.

Die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens werden zu **100 %** erstattet, soweit das Verfahren bei einem der Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgt. Für nicht bei Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG durchgeführte Untersuchungen beträgt die Erstattung **80 %** der angefallenen Aufwendungen.

3. Begleitleistungen nach erfolgter Diagnose einer bösartigen Neubildung

Wird bei der versicherten Person eine bösartige Neubildung diagnostiziert, kann sie bis zum vollständigen Ausscheiden aus der onkologischen Nachsorge anstatt der in Punkt B. 1. aufgeführten Leistung die nachfolgend aufgeführten Begleitleistungen zur Behandlung der

diagnostizierten Erkrankung in Anspruch nehmen. Abweichend hiervon können innerhalb des Kalenderjahres, in dem die bösartige Neubildung diagnostiziert wurde, Leistungen sowohl nach Punkt B. 1. als auch nach Punkt B. 3. in Anspruch genommen werden.

3.1 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind im Versicherungsfall die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet.

Maßgeblich für die Kostenerstattung der Wahlleistung Unterkunft ist, für welche Unterkunftsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für die Wahlleistung Unterkunft im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntgG angefallen wäre.

Nicht erstattungsfähige Leistungen

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Aufwendungen für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

3.2 Ersatzkrankhaustagegeld

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung der in Punkt 3.1 aufgeführten versicherten Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

75 EUR

gezahlt.

3.3 Erstattungsfähige Mehrkosten aufgrund freier Krankenhauswahl

Erstattet werden auch die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden zusätzlichen Kosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. Abweichend von § 4 (5) AVB/KS verzichtet der Versicherer zugunsten der versicherten Person in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf eine vorherige schriftliche Leistungszusage.

3.4 Transportkosten

zu 100 %

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

3.5 Kurtagegeld

Für ärztlich verordnete, stationäre Genesungskuren in Folge einer Krebserkrankung erstattet der Versicherer **je Kurtag für maximal 42 Tage** ein Kurtagegeld in Höhe von

75 EUR.

4. Gesundheitsassistance

Die versicherte Person kann für telefonische oder Online-Beratungen folgende Assistanceleistungen erhalten, sofern diese durch die Hanse-Merkur Krankenversicherung AG erfolgen oder vermittelt werden:

- Grundsätzliche Erläuterungen zum PanTum Detect® Test
- Information und Beratung zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
- Beratung zu allen medizinischen Gesundheitsfragen durch Ärzte
- Teilnahme an einem Beratungsprogramm bei Krebserkrankungen zur Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (telefonisch oder Online)
- Unterstützung bei der Arzt- und Krankenhausauswahl
- Arzt-Termine-Service
- Arzneimittelberatung
- Ärztliche Zweitmeinung, auch vor Operationen
- Fitness- und Ernährungsberatung

C. Wartezeiten

Es werden keine Wartezeiten vereinbart, § 3 AVB/KS findet für den Tarif ZY keine Anwendung.

D. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 69. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.

Besondere Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

1. Gruppenversicherungspartner

Gruppenversicherungspartner im Sinne dieser Besonderen Bedingungen ist der Arbeitgeber, der Verband oder der eingetragene Verein, mit dem die HanseMerkur Krankenversicherung AG einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen hat.

2. Versicherungsnehmer / mitversicherte Personen

Versicherungsnehmer im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung sowie alle Mitarbeiter oder Mitglieder eines Gruppenversicherungspartners, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der Mitarbeiter oder Mitglieder, Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung können mitversichert werden (mitversicherte Personen), Kinder jedoch nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Darüber hinaus können Kinder mitversichert werden, wenn und solange sie sich noch in der Berufsausbildung befinden, nicht jedoch über das 27. Lebensjahr hinaus.

3. Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages

Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages ist der mit dem Vertragspartner vereinbarte bzw. im Gruppenversicherungsvertrag festgelegte Versicherungsschutz. Die Tarife sind nur gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Es gelten die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten tariflichen monatlichen Beitragsraten der Gruppenversicherung mit den dort festgelegten Nachlässen.

Für die Pflegepflichtversicherung und die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung wird kein Nachlass im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages gewährt. Ebenso können für im Rahmen einer Kooperation mit einer gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf ersparte Abschlusskosten schon begünstigte Tarife keine weiteren entsprechenden Nachlässe gegeben werden.

4. Beitragszahlung

Der Gruppenversicherungspartner verpflichtet sich, die Beiträge monatlich im Voraus in einer Summe an den Versicherer zu überweisen und mit ihm abzurechnen.

Im Sinne der o. g. Sammelüberweisung sorgt der Gruppenversicherungspartner dafür, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt.

5. Wartezeiterlass

Die Wartezeiten werden - mit Ausnahme der Pflegepflichtversicherung, der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung und der ergänzenden Pflegekrankenversicherung - zusätzlich zu § 3 AVB erlassen,

- wenn binnen sechs Monaten nach Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages Versicherungsschutz beantragt wird,
- wenn neu eingestellte Mitarbeiter bzw. neue Mitglieder binnen sechs Monaten nach ihrer Einstellung bzw. dem Beginn ihrer Mitgliedschaft Versicherungsschutz beantragen,
- wenn bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG der Versicherungsschutz wegen einer bereits anderweitig bestehenden Versicherung gegen das gleiche Risiko erst zu einem späteren Zeitpunkt beantragt wird.

In der Pflegepflichtversicherung, der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung und der ergänzenden Pflegekrankenversicherung gibt es keinen zusätzlichen Wartezeiterlass.

6. Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag

Das Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem versicherbaren Personenkreis ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Entsprechendes gilt für das Ausscheiden mitversicherter Personen. Mit dem Ausscheiden entfallen die Besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages ggf. auch für mitversicherte Personen. Im Übrigen wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt.

Scheidet der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person aus dem versicherbaren Personenkreis aus, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden kündigen.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Kündigungsrecht Gebrauch, so besteht für laufende Krankheitsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort.

Als Ausscheiden gilt nicht der Eintritt in den Ruhestand, sofern die Voraussetzungen der Nummer 4 dieser Besonderen Bedingungen weiterhin eingehalten werden. Entsprechendes gilt beim Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

7. Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages

Mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages entfallen die Besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages.

Wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne mitversicherte Personen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages kündigen.

Besondere Bedingungen für Auslandsaufenthalte

1. Allgemeine Bestimmungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden, und etwaige besondere Vereinbarungen.

2. Voraussetzungen für den Abschluss

- 2.1 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte ist möglich
 - a) für die Dauer eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland,
 - b) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.
- 2.2 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer und bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in das Ausland nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Die Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte gelten ab Beginn des Auslandsaufenthaltes. Lehnt der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder erfolgt die Beantragung der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte nicht fristgerecht, so ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- 2.3 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte ist nicht möglich für Krankentagegeldtarife (Verdienstausfall), für die Pflegepflichtversicherung, die ergänzende Pflegekrankenversicherung und die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, für den Basistarif BT, den Standardtarif ST, den Notlagentarif NLT und die Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (MBZ, BEP und BEN).

3. Leistungszusage

- 3.1 Durch Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte erwirbt die versicherte Person den Anspruch auf die vollen Leistungen der versicherten Tarife, ohne dass Begrenzungen der Erstattungen auf die Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß den jeweils zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgenommen werden (vgl. Tarifbedingungen zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 bzw. § 4 Abs. 2 AVB/KS bzw. Druckstücke der Tarife BSS, BSZ und ST).
- 3.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen tariflich vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer gemäß § 5 Abs. 2 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 3.3 Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, auch unter Berücksichtigung der Abrechnungsvorschriften des jeweiligen Auslands, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4. Beiträge

- 4.1 Zusätzlich zu den tariflichen Beiträgen sind für die Geltungsdauer der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte Zuschläge für Auslandsaufenthalte zu entrichten, die vom jeweiligen Aufenthaltsland abhängig sind und beim Versicherer erfragt werden können.
- 4.2 Erhöht oder vermindert sich während der Dauer des Auslandsaufenthaltes der Beitrag eines Tarifs, so wird der Zuschlag für Auslandsaufenthalte entsprechend verändert.
- 4.3 Der Zuschlag für Auslandsaufenthalte kann mit Wirkung für bestehende Versicherungen neu festgesetzt werden, wenn das Niveau der Krankheitskosten des jeweiligen Landes sich gegenüber dem deutschen Kostenniveau signifikant verändert hat.

Unser telefonischer Kundenservice

Telefonische Betreuung bei Versicherungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Telefon. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

Für Fragen zu Ihrer bestehenden Versicherung

Telefon 040 4119-1100
von Montag bis Freitag, 08:00 bis 20:00 Uhr

24 Stunden Notruf-Service auf Reisen

Auch auf Reisen müssen Sie sich im Ernstfall keine Gedanken über sofortige Hilfe machen. Bei **dringenden Notfällen** steht allen Versicherten der HanseMerkur unser weltweiter Notruf-Service zur Verfügung. Zu jeder Zeit, rund um die Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen.

Für dringende Notfälle auf Reisen

Telefon +49 40 21031-6027

Die Hilfeleistung können Sie beschleunigen, wenn Sie Ihre HanseMerkur Versicherungsnummer nennen. Besonders vor Reisen sollten Sie sich diese unbedingt notieren.

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Postfach
20352 Hamburg

Telefon 040 4119-1100
Telefax 040 4119-3257

info@hansemerkur.de
www.hansemerkur.de/gesundheitservice