

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Fassung Januar 2006

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus:

Teil I (Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 94]), Teil II (Tarifbedingungen) und Teil III (Tarifen).

Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3.) Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen

Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

5 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

II

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

2 Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), wobei die Leistungsaussage nicht auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt ist und nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig ist. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versicherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen. Als Versicherungsfall gelten auch Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsunterbrechungen.

3 Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes (Wegzug) in das europäische oder außereuropäische Ausland gelten ab Beginn des Aufenthaltes § 15 (3) MB/KK 94 und die zugehörige Tarifbedingung. Über die allgemeinen Grundsätze hinaus gilt als Wegzug im Sinne von § 15 (3) MB/KK 94 auch ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland von mehr als sechs Monaten,

und zwar unbeschadet eventueller Unterbrechungen des Aufenthaltes.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene 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 Wartezeiten unmittelbar nach 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

II

1 Abweichend von § 2 (1) MB/KK 94 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

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

3 Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt er, so wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife erhöht, jedoch nur so weit, als dadurch der weggefallene Beihilfebemessungssatz ausgeglichen wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher sein, als zur vollen Kos-

tendeckung erforderlich. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes zum Ersten des Monats gestellt wird, in dem der Beihilfebemessungssatz sich vermindert bzw. entfällt oder zum Ersten des folgenden Monats; der Antrag kann jedoch frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem er beim Versicherer eingeht. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an werden die Mehrleistungen auch für laufende Versicherungsfälle gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht besteht.

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

4 Wird ein Kind gemäß § 2 MB/KK 94 im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

5 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 94 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

§ 3 Wartezeiten

I

1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

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

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

5 Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

II

1 Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 94 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskosten-Vollversicherung auf

die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. Eine Krankheitskosten-Vollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

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

3 Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

4 Der in § 3 (4) MB/KK 94 vorgesehene Wartezeiterlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

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

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

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

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

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

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

II

1 Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 94 - mit Ausnahme eines Krankenhaus-tagegeldes - mitversichert.

2 Abweichend von § 4 (2) MB/KK 94 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet, die entweder die hierfür erforderliche staatliche Prüfung bestanden haben oder über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) anerkannten psychotherapeutischen, psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Institut verfügen. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie. Ein Anspruch auf die Leistung besteht nur, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn die Leistung schriftlich zugesagt hat.

3

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

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

4 Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

1 Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) (entfallen)

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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.

II

1 Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden.

2 Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1) b) MB/KK 94 aus Tarifen mit Leistungen für allgemeine Krankenhausleistungen bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Dabei sind unabhängig vom versicherten Stationärtarif nur allgemeine Krankenhausleistungen zuschussfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit diese zur Deckung der Kosten einer stationären Behandlung bestimmt ist.

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

4 Es besteht auch Anspruch auf Leistungen für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Dies gilt jedoch nicht für die Tarife AE, CAE, MA, MAN, MAS, MS, MSW, NK, PRIMO, PRIMO M, ZV und ZVH.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

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

2 Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).

3 Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

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

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

6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

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

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

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

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

5 Die Berechtigung des Versicherers gemäß § 6 (3) MB/KK 94 entfällt, wenn diesem begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt sind.

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

7 *Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.*

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

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

3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.

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 einschließlich 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 §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

6 Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

II

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

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

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

4 *Der Versicherungsnehmer kann in den Krankheitskostentarifen für jede versicherte Person bis zum Alter von einschließlich 55 Jahren eine Beitragsermäßigung nach Maßgabe der „Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung“ vereinbaren.*

5 *Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.*

§ 8 a Beitragsberechnung

I

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

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

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

3 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

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

II

1 *Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden - neben dem nach §§ 12 Abs. 4 a und 12 e VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag für die substitutive Krankenversicherung - der Alterungsrückstellung nach Maßgabe der Vorschriften des Versi-*

cherungsaufsichtsgesetzes (VAG; siehe Anhang § 12 a VAG) zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet.

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

§ 8 b Beitragsanpassung

I

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 eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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

3 Anpassungen nach Abs.1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/KK 94 eine Veränderung von mehr als 10%, so werden alle Tarifbeiträge von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5% können alle Tarifbeiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. In beiden Fällen erstreckt sich die Überprüfung und ggf. die Anpassungsnotwendigkeit auch auf die Beiträge für die gemäß § 8 (4) der Tarifbedingungen vereinbarte Beitragsermäßigung.

§ 9 Obliegenheiten

I

1 Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

2 Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

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

6 Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II

1 Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet (vgl. hierzu jedoch § 4 Abs. 5 MB/KK 94).

2 Das Einwilligungserfordernis gemäß § 9 (6) der MB/KK 94 wird auf den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung der privaten Krankenversicherung beschränkt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

1 Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2 Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

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

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

I

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

6 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers

zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

7 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.

II

1 Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KK 94 endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

3 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

II

1 Der Versicherer dehnt den Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht auf die Krankheitskostenteilversicherung aus.

2 Der Rücktritt gemäß §§ 16 bis 20 VVG (schuldhaftes Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) ist ausgeschlossen, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. der Erhöhung des Versicherungsschutzes drei Jahre verstrichen sind.

Der Rücktritt gemäß §§ 16 bis 20 VVG ist jedoch auch nach Ablauf von drei Jahren möglich, wenn der Versicherte während der ersten drei Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes wegen solcher Beschwerden, Krankheiten oder Unfallfolgen behandelt wurde, derentwegen der Versicherer zum Rücktritt berechtigt ist.

Die Beschränkung gemäß Absatz 1 gilt nicht für verschleierte HIV-Infektionen, sofern in dem Versicherungsantrag ausdrücklich nach HIV-Infektionen bzw. nach solchen Untersuchungen gefragt wurde, die zur Feststellung einer HIV-Infektion geführt haben.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

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

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

II

1 In den Tarifen CK, MA, MAN, MAS, MKH, MS, MSW, PRIMO M und ZV endet das Versicherungsverhältnis auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer I des Tarifs. Die versicherten Personen haben das Recht, in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8 a (2) MB/KK94 berücksichtigt.

Der Antrag auf Umstufung muss innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. § 15 (3) MB/KK 94 bleibt unberührt.

2 Liegt ein Scheidungsurteil vor, dann haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

3 Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes (Wegzug) des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person aus dem Tätigkeitsgebiet (Bundesrepublik Deutschland) in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, Schweiz oder Norwegen, verpflichtet sich der Versicherer hinsichtlich der betroffenen Person, auf Antrag eine besondere Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen. In der besonderen Vereinbarung kann der Versicherer den lokalen gesetzlichen Regelungen des jeweiligen Auslandes Rechnung tragen. Ist der Wegzug in die in Satz 1 genannten Länder nur vorübergehend, wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaft umgewandelt.

Bei nur vorübergehendem Wegzug in andere als in Satz 1 genannte Länder kann ein Antrag auf Abschluss einer besonderen Vereinbarung oder auf Umwandlung in eine Anwartschaft gestellt werden.

Der Abschluss der jeweiligen besonderen Vereinbarung oder die Umwandlung in eine Anwartschaft muss spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17 Klagefrist/Gerichtsstand

I

1 Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

3 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse,

auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

2 Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

3 Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

4 Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, bei denen die Voraussetzungen eingetreten sind, die in einer zum Arbeitgeberzuschuss berechtigten Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a-2c SGB V (Anhang) vorausgesetzt sind, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG) - Auszug

§ 6
§ 11
§ 16
§ 17
§ 18
§ 19
§ 20
§ 21
§ 38 Abs. 1
§ 39
§ 40
§ 62
§ 67

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) - Auszug

§ 12 4a)
§ 12 a
§ 12 e

Sozialgesetzbuch V - Auszug

§ 257 Abs. 2a-2c

Versicherungsvertragsgesetz (VVG) - Auszug

§ 6 Obliegenheitsverletzung

I Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

II Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

III Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

IV Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 11 Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers

I Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

II Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

III Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

IV Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

I Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrags alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

II Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

III Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§ 17 Unrichtige Anzeige

I Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

II Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18 Schriftliche Fragen; Rücktritt des Versicherers

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an Hand schriftlicher, von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich

gefragt worden ist, nur im Fall arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19 Vertragsabschluss durch Vertreter

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20 Rücktritt

I Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

II Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfangs an zu verzinsen.

§ 21 Leistungspflicht trotz Rücktritt

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

I Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

I Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

II Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

III Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündi-

gungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

IV Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses

I Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung aufgrund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

II Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

III Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer aufgrund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 62 Abwendung und Minderung des Schadens

I Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, bei dem Eintritt des Versicherungsfalls nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und sind von ihnen entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtmäßigem Ermessen zu handeln.

II Hat der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheiten nicht geringer gewesen wäre.

§ 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

I Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

II Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) - Auszug § 12

4a In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten und bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

§ 12a

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

2 Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

2a Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder

eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pfllegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

3 Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 31.12.2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 12e

Ist der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, dass

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

Sozialgesetzbuch V - Auszug

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

1. (...)
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet

haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

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

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes 2a nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.