

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung "INTER ComfortLine" (CL)

Teil I

Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94)

Teil II

Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil 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. (Siehe auch Teil II).

(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.

Teil II

1. *Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.*

Bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen um Rettung von Menschen Gesundheitsschäden bewußt in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten.

Als Unfall gelten auch

- *tauchertypische Erkrankungen,*
- *durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie*
- *durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerissen werden.*

Infektionen gelten nur dann als Unfallfolgen, wenn die Krankheitserreger

- *durch eine nicht nur geringfügige Unfallverletzung oder*
- *aufgrund einer unfallbedingten Heilmaßnahme oder eines unfallbedingten Eingriffs in den Körper gelangten.*

Nicht als Unfallfolge gelten

- Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, daß ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, daß diese durch eine unfallbedingte strahlendiagnostische oder -therapeutische Maßnahme verursacht wurden,
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, daß diese durch einen Unfall veranlaßt waren sowie
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

2. Der Versicherungsschutz wird für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland unbefristet ausgedehnt, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes unterrichtet wird.
3. Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes
Zum Ende des dritten und fünften Versicherungsjahres räumt der Versicherer das Recht ein, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten den Versicherungsschutz durch Wechsel in eine Tarifstufe mit niedrigerer Selbstbeteiligung nach Teil III Abschnitt B Nr. 2.2 zu erhöhen, wenn der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf von zwei Monaten ab diesem Zeitpunkt beantragt.

Sofern für den bestehenden Versicherungsschutz besondere Bedingungen vereinbart wurden, gelten sie gleichermaßen auch für den erhöhten Versicherungsschutz.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Teil 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. (Siehe auch Teil II Nr. 3). 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.

Teil II

1. Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe § 13).
2. Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns der ersten im Vertrag versicherten Person nach dem ersten Tarif an. Werden Personen später in einem bestehenden Vertrag mitversichert, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr der zuerst versicherten Person. Die weiteren Versicherungsjahre werden entsprechend angepaßt. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
3. Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit nach Teil I Abs. 2 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3

Wartezeiten

Teil 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 Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. (Siehe Teil II).
- (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.

Teil II

Bei Abschluß der Krankheitskostenversicherung "INTER ComfortLine" wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet. Bei Vertragsänderungen gilt Teil I Abs. 6.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Teil 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 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.

Teil II

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif (AVB Teil III).

2. Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr, ausgenommen für zahnärztliche Behandlung. Siehe dazu folgenden Absatz.

Für zahnärztliche Behandlung umfaßt das 1. Leistungsjahr 12 Monate seit Beginn dieser Versicherung, jedes anschließende Leistungsjahr je weitere 12 Monate. Zeiten, für die Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

3. Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind. Psychotherapeutische Leistungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet. Weitere Bestimmungen sind in Teil III der AVB enthalten.

4. Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, den Vorschriften der Satzung und den Beschlüßfassungen der Mitgliedervertreter-Versammlung vorgenommen.

- a) Aus dem Überschuß des Unternehmens wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.
- b) Als Form der Überschußbeteiligung kommen in Frage: Auszahlung, Gutschrift, Beitragssenkungen, Leistungserhöhungen sowie Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
- c) Beschließt die Mitgliedervertreter-Versammlung eine Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit, werden die Voraussetzungen hierfür den Versicherungsnehmern bekanntgegeben.
5. Die zusätzlichen Rückstellungen für das Alter werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) gebildet.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Teil 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. (Siehe auch Teil II Nr. 1);

- 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. (Siehe auch Teil II Nr. 2);
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird. (Siehe Teil II Nr. 3);
- f) (entfallen)
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet. (Siehe auch Teil II Nr. 4);

- 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.

Teil II

1. Entziehungsmaßnahmen sind auch Maßnahmen zur Entwöhnung.
2. Teil I Abs. 1 c) gilt entsprechend für approbierte Psychotherapeuten.
3. Der Versicherer leistet abweichend von Teil I Abs. 1 e) bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang.
4. Teil I Abs. 1 g) gilt auch für Behandlungen durch den Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil 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. (Siehe auch Teil II Nr. 3).
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. (Siehe auch Teil II Nr. 4).
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. (Siehe auch Teil II Nr. 5).

Teil II

1. Die Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:

Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsda-

tum und Namen der behandelten Person versehen sowie Rezeptwiederholungen vom Behandler ausdrücklich vorgeschrieben sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Behandler die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.

2. Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muß von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
3. 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 laut "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
4. Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn die Überweisungen auf ein Konto im Inland vorgenommen werden.
5. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Teil I Abs. 6 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes**Teil I**

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende

Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung**Teil I**

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

stundet, 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. (Siehe Teil II Nr. 3).
- (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.

Teil II

1. Die Beiträge ergeben sich aus den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers und sind dem jeweils gültigen Versicherungsschein zu entnehmen.
2. Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlaß (Skonto) von 4 % eingeräumt.
3. Die Mahnkosten nach Teil I Abs. 5 betragen 1 EUR.

§ 8 a

Beitragsberechnung**Teil 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 (Lebensaltergruppe) 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge 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.

Teil II

1. Der Beitrag wird bei Abschluß des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
2. Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung einen neuen Versicherungsschein.
3. Bei Vertragsabschluß können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

§ 8 b

Beitragsanpassung

Teil 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 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 (*siehe Teil II*), 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.

Teil II

Ergibt die in Teil I Abs. 1 genannte Gegenüberstellung für wenigstens eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB.

§ 9

Obliegenheiten

Teil 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.

Teil II

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung nach Teil I Abs. 1 wird verzichtet.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil 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

Teil 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 Versicherungs-

vertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs 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

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegen-

forderung 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

Teil 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 Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- nen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) 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.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

Teil 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 Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.

- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Teil II

Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung

Nach § 178 k (VVG) (siehe Anhang) kann der Versicherer wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluß oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

Teil 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 hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Mitglieds-

staat des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

Um Vertragsunterbrechungen zu vermeiden, kann das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis durch Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden. Die Vereinbarung kann auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen getroffen werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entge-

nahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17

Klagefrist / Gerichtsstand

Teil 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

Teil 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
- bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstgerichtlichen 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 Klagefrist und Gerichtsstand betrifft.

- 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.
- 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.
- 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

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2 a - 2 c SGB V (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte

Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

Besondere Bedingungen für Personen in Ausbildung

Es gelten Teil I - III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung "INTER ComfortLine" (CL)

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94)

Teil II: Tarifbedingungen

Teil III: Tarif CL

mit folgenden Abweichungen:

1. Anwendungsbereich

Diese Besonderen Bedingungen können vereinbart werden für Personen, die

- a) sich in einer Berufs- oder Schulausbildung befinden und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit - mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen - haben;
- b) ein Studium (im folgenden als Ausbildung bezeichnet) an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule absolvieren und keine oder nur geringfügige regelmäßige Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben;
- c) eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit (im folgenden als Ausbildung bezeichnet) verrichten

ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, und bis zu einem Eintrittsalter von 34 Jahren.

Sie können ebenfalls für den mitversicherten, nicht berufstätigen Ehegatten sowie für den mitversicherten, nicht berufstätigen Lebensgefährten, solange dieser mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebt, vereinbart werden.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Geltung der Besonderen Bedingungen endet mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Voraussetzungen nach Nr. 1 entfallen;

- b) die Ausbildung um mehr als 6 Monate unterbrochen wird;

- c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Gleichzeitig endet auch für den mitversicherten Ehegatten bzw. Lebensgefährten die Geltung dieser Besonderen Bedingungen. Für den Ehegatten bzw. Lebensgefährten endet sie darüber hinaus zum Ende des Monats, in dem dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis wird nach Wegfall der Besonderen Bedingungen nach Tarif CL fortgesetzt. Ab dem ersten des auf den Wegfall folgenden Monats ist der volle Tarifbeitrag nach dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter zu entrichten.

3. Beitrag

Die monatlichen Beitragsraten für die Zeit der Ausbildung richten sich bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen nach dem Eintrittsalter. Sie ergeben sich aus den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

Hiernach sind Altersgruppen gebildet, die in der Regel fünf Alter zusammenfassen. Der zu entrichtende Beitrag bemißt sich nach der Altersgruppe, in die der Versicherte aufgrund seines Eintrittsalters einzustufen ist und ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein zu entnehmen.

Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem der Versicherte das 26. bzw. 31. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 26 bzw. 31 zu zahlen. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung jeweils einen neuen Versicherungsschein.

Für die Dauer der Gültigkeit der Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz A.