

Informationen des Versicherers

gemäß § 1 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

(ergänzend zum beigefügten Produktinformationsblatt und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Ihr Versicherer

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20,
LI-9490 Vaduz, Liechtenstein

Sitz: Vaduz
Eingetragen im Öffentlichkeitsregister Liechtenstein
FL-0002.181.006-7

Gesetzlich Vertretungsberechtigter der CSS Versicherung AG

Beat Moll (Vorstandsvorsitzender), Gordana Cinjat,
Michael M. Sennert

Hauptgeschäftstätigkeit der CSS Versicherung AG

Die CSS Versicherung AG betreibt die private Kranken- und
Unfallversicherung.

Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Heiligkreuz 8,
LI-9490 Vaduz.

Grundlagen und wesentliche Merkmale der Versicherung

Die Grundlage des Vertrages sind Ihr Antrag bzw. Ihre
Angebotsanforderung, der Versicherungsschein sowie die
Grundbedingungen und die vereinbarten Tarife mit den
Tarifbedingungen.

Anwendbares Recht

Das Vertragsverhältnis (einschließlich der Beziehungen zum
Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsver-
trages) unterliegt dem deutschen Recht.

Leistungen des Versicherers

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Kranken-
versicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversiche-
rung. Die wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrages
und des Umfangs der Versicherungsleistungen entnehmen Sie
bitte dem beigefügten Produktinformationsblatt und den wei-
teren genannten Vertragsunterlagen. Die Versicherungslei-
stungen sind fällig mit Beendigung der für die Feststellung des
Versicherungsfalles und des Leistungsumfanges erforderlichen
Erhebungen. Damit Ihre Leistungen schnellstmöglich ausge-
zahlt werden können, benötigen wir von Ihnen die entspre-
chenden Nachweise. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den
§§ 6 und 9 der Grundbedingungen.

Beitragszahlung

Die Fälligkeit richtet sich nach der von Ihnen gewünschten
Zahlungsweise (monatlich oder jährlich). Die Beiträge werden
im Lastschriftverfahren nachschüssig von Ihrem Konto einge-
zogen. Einzelheiten zur Höhe der Beiträge entnehmen Sie
bitte dem Produktinformationsblatt.

Gültigkeitsdauer der Informationen

Auf die Möglichkeit der Beitragsänderungen oder Altersumstu-
fungen weisen wir hin (§§ 8a und 8b der Grundbedingungen).
Bei Beitragserhöhungen haben Sie nach § 13 Abs. 4 der Grund-
bedingungen ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die CSS Versicherung AG schriftlich die Annahme des Antrages erklärt oder den Versicherungsschein aushändigt bzw. wenn das Angebot der CSS Versicherung AG schriftlich angenommen wird.

Beginn des Versicherungsschutzes, Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Vertrages, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf der vereinbarten Wartezeiten. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt sowie den §§ 2 und 3 der Grundbedingungen.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Gehen Ihnen die vorgenannten Unterlagen zunächst nur teilweise zu, ist für den Fristbeginn der Zeitpunkt maßgeblich, an dem sie vollständig zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist stellvertretend für den Versicherer zu richten an:

Volz Makler Consulting GmbH, im Auftrag der
CSS Versicherung AG, Postfach 82 49, 48044 Münster
oder per Telefax an: 0800 8 277 277
oder per E-Mail an: info@cssversicherung.com

Widerrufsfolgen

Die Regelung des § 9 VVG wenden wir nicht an, Sie erhalten bei fristgerechtem Widerruf die gesamte Prämie zurückerstattet.

Vertragsklausel über zuständiges Gericht

Klagen gegen die CSS Versicherung AG können Sie beim Gericht in Vaduz oder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes erheben. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der EU oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Vaduz zuständig.

Vertragssprache

Die Vertragsbedingungen und die weiteren Informationen sind in Deutsch abgefasst. Auch die Kommunikation zwischen der CSS Versicherung AG und dem Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Vertrages erfolgt auf Deutsch.

Hinweis auf Beschwerdemöglichkeit bei der FMA

Sie können sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde, die FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Heiligkreuz 8, LI-9490 Vaduz, wenden. Hiervon bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, unberührt.

Außergerichtliche Schlichtungsstelle

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitfällen haben Sie die Möglichkeit, sich an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung zu wenden:
Ombudsmann, Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Telefon: 01802 55 04 44
(6 ct pro Anruf aus dem dt. Festnetz bzw. 42 ct/m aus den Mobilfunknetzen).

Mitteilungen des Versicherers

gemäß § 19 Abs. 5 und gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie gegenüber dem Vermittler nicht machen möchten, können Sie gegenüber der CSS Versicherung AG, Vaduz (nachfolgend CSS Versicherung AG genannt) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen:

CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20,
LI-9490 Vaduz, Liechtenstein.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

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

Kündigung

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

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

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertrags-

schluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters sowie auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich nur dann darauf berufen, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

auch wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und dass Sie uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder

stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

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

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

Hinweis

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

Tarif CSS.flexi, Baustein Zahnersatz top

Ergänzungstarif für Zahnersatz für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Baustein Zahnersatz top ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. Neben diesem Tarif dürfen bei CSS und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnersatz im Inland bestehen.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

1.1 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei Zahnersatz für zahnärztliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, abzüglich den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers. Kann der Patient durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag bei Nachweis von 5 Jahren auf 85%, bei Nachweis von 10 Jahren auf 90%. Wird nur die Regelversorgung der gesetzlichen Kasse in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100%. Vorleistungen der GKV oder anderer Träger werden von der maximal möglichen Erstattung abgezogen.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen), funktions-therapeutische und funktionsanalytische Leistungen im

Zusammenhang mit Zahnersatz sowie Implantate. Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgegeben haben, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Dieser beträgt bei Zahnersatz 40%, bei Implantaten und Inlays 20% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.3 Heil- und Kostenpläne

Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Generell wird bei geplanten umfangreicheren Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämien-erhebung gültige Version des Anhangs.

Tarif CSS.flexi, Baustein Zahnbehandlung

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Baustein Zahnbehandlung ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. Neben diesem Baustein dürfen bei CSS und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung im Inland bestehen. CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

1.1 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei Zahnbehandlung 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100%.

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z. B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen), chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion), parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime), Schienen- und Aufbissbehelfe.

1.2 Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei Zahnprophylaxe 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100%.

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

1.3 Kieferorthopädische Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern für die Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht. Sofern für die Behandlung grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht, werden für nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen bei den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3–5 80% des Rechnungsbetrages bis max. EUR 600 je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, insbesondere Mini-Metall-, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen. Weitere kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in KIG 1–5. Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt nur die tarifliche Leistung für Mehrkostenvereinbarungen. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z. B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den dafür vorgesehenen tariflichen Sätzen erstattet.

1.4 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgegeben haben, wird der fiktive Betrag, den die GKV erstattet hätte, abgezogen. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.5 Heil- und Kostenpläne

Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Generell wird bei geplanten umfangreicheren kieferorthopädischen Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

1.6 Wartezeiten

Für die Leistungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

1.7 Option

Personen, die in diesem Tarif versichert sind, können innerhalb von drei Monaten nach Vollendung des 17. Lebensjahres verlangen, ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit in einen von ihnen ausgewählten für den Neuzugang offenen Tarif des Versicherers mit Leistungen für Zahnersatz aufgenommen zu werden. Der neue Tarif beginnt dann zum 1. des auf den Antrag folgenden Monats.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienhebung gültige Version des Anhangs.

Tarif CSS.flexi

Ergänzungstarif für Zuzahlungen, Vorsorgeuntersuchungen, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Tarif CSS.flexi ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Tarif CSS.flexi sieht die Bausteine Gesundheit plus, Heilpraktiker, Zahnbehandlung, Zahnersatz basis und Zahnersatz top vor. Der Abschluss des Tarifes CSS.flexi ist nur bei Wahl von mindestens 2 Bausteinen möglich. Die Tarife (inkl. Anhang) der einzelnen Bausteine sind dabei integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif CSS.flexi können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif entfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der GKV dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung nach dem Tarif CSS.flexi endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt).

Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, als Leistungen der GKV gemäß vorliegendem Tarif angerechnet. Als Leistungen der GKV gelten insbesondere auch solche Leistungen, auf die in der GKV verzichtet wurde oder für die die GKV im Einzelfall deswegen nicht leistet, weil mit dem Behandler kein Vertrag besteht.

Für die Leistungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in der EU. Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Für Leistungen gemäß der Bausteine Zahnersatz basis, Zahnersatz top und Zahnbehandlung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf in Deutschland erbrachte Leistungen. Im Ausland erbrachte Zahnleistungen sind nur im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat. Generell wird bei geplanten umfangreichen Zahnersatzbehandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

Für Leistungen bei Auslandsreisen gemäß Baustein Gesundheit plus gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Selbstbehalt in der gesetzlichen Krankenversicherung

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Art. 2 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen vor:

Klasse	Beitragssatz in % des Tarifgrundbeitrags
SF 0	100
SF 1	100
SF 2	100
SF 3	100
SF 4	100
SF 5	100
SF 6	95
SF 7	90
SF 8	85
SF 9	80
SF 10	75

Der zu einer Schadenfreiheitsklasse gehörige Beitragssatz wird auf den dem erreichten Alter entsprechenden Tarifbeitrag angewendet (also ohne Berücksichtigung eines Tarifzuschlags und eines Risikozuschlags). Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt (SFR) bis zu 25% vor. Zum Versicherungsbeginn erfolgt die Einstufung in die Klasse SF 5 (100% des Tarifgrundbeitrages). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächsthöhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in Klasse SF 10), wenn die Versicherung zum 30. September des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 1. Oktober des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Maßgebend ist hier der Termin, an dem der Versicherer die Zahlung geleistet hat. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als bis zur Klasse SF 0). Nur bei kurzfristigen Auslandsreisen unvorhergesehene Leistungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bleiben ohne Einfluss auf den SFR. Eine Leistung aus einem versicherten Baustein vermindert den SFR in allen abgeschlossenen Bausteinen des Tarifs CSS.flexi. Zur Erhöhung des SFR muss in diesem Baustein und allen anderen abgeschlossenen Bausteinen Leistungsfreiheit vorliegen.

Artikelverzeichnis der Bausteine

Baustein Gesundheit plus

- Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen
- Art. 2 Zuzahlungen
- Art. 3 Brillen und Kontaktlinsen
- Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung
- Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen
- Art. 6 Option
- Art. 7 Tarifbeitrag

Baustein Heilpraktiker

- Art. 1 Naturheilverfahren und Heilpraktiker
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein Zahnbehandlung

- Art. 1 Versicherungsleistungen
- Art. 1.1 Zahnbehandlung
- Art. 1.2 Zahnprophylaxe
- Art. 1.3 Kieferorthopädische Behandlung
- Art. 1.4 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
- Art. 1.5 Heil- und Kostenpläne
- Art. 1.6 Wartezeiten
- Art. 1.7 Option
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein Zahnersatz top

- Art. 1 Versicherungsleistungen
- Art. 1.1 Zahnersatz
- Art. 1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
- Art. 1.3 Heil- und Kostenpläne
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein Zahnersatz basis

- Art. 1 Versicherungsleistungen
- Art. 1.1 Zahnersatz
- Art. 1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
- Art. 1.3 Heil- und Kostenpläne
- Art. 2 Tarifbeitrag

Tarif CSS.flexi, Anhang zu den Bausteinen

Tarifbeiträge

Version 01.2011

Tarifbeitrag

Der Tarifbeitrag ist die Summe von Tarifgrundbeitrag und Tarifzuschlag. Der Tarifzuschlag beträgt 2,50 Euro monatlich für Personen, die bei Antragstellung eine Sehhilfe tragen (Baustein Gesundheit plus). Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Altersgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 8a

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) stattfindenden Beitragsanpassung ändern.

**CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20,
9490 Vaduz, Liechtenstein**

Monatliche Raten des Tarifgrundbeitrages in EUR:

Männer Alter	Gesundheit plus	Heil- praktiker	Zahn- behandlung	Zahnersatz top	Zahnersatz basis
0-17	2,72	4,78	15,68	1,66	0,87
18	7,46	7,44	13,09	2,25	1,19
19	7,62	7,54	13,09	3,03	1,59
20	7,79	7,65	13,09	3,80	2,00
21	7,95	7,76	13,09	4,57	2,41
22	8,11	7,86	13,09	5,35	2,81
23	8,28	7,97	13,09	6,12	3,22
24	8,44	8,08	13,09	6,89	3,63
25	8,61	8,18	13,09	7,67	4,04
26	8,77	8,29	13,09	8,44	4,44
27	8,93	8,39	13,09	9,21	4,85
28	9,10	8,50	13,09	9,99	5,26
29	9,13	8,61	13,09	10,06	5,29
30	9,17	8,71	13,09	10,12	5,33
31	9,20	8,82	13,09	10,19	5,36
32	9,24	8,93	13,09	10,26	5,40
33	9,27	9,03	13,09	10,32	5,43
34	9,54	9,14	13,09	10,63	5,60
35	9,80	9,24	13,09	10,94	5,76
36	10,06	9,35	13,09	11,25	5,92
37	10,33	9,46	13,09	11,56	6,08
38	10,59	9,56	13,09	11,87	6,25
39	10,79	9,67	13,09	12,16	6,40
40	10,98	9,78	13,09	12,45	6,55
41	11,18	9,88	13,09	12,74	6,71
42	11,37	9,99	13,09	13,03	6,86
43	11,57	10,09	13,09	13,32	7,01
44	11,81	10,20	13,09	13,83	7,28
45	12,05	10,31	13,09	14,34	7,55
46	12,29	10,41	13,09	14,85	7,82
47	12,53	10,52	13,09	15,36	8,09

Frauen Alter	Gesundheit plus	Heil- praktiker	Zahn- behandlung	Zahnersatz top	Zahnersatz basis
0-17	2,72	4,78	15,68	1,66	0,87
18	9,58	9,67	13,09	3,87	2,04
19	9,75	9,81	13,09	4,83	2,54
20	9,91	9,95	13,09	5,78	3,04
21	10,07	10,08	13,09	6,74	3,55
22	10,24	10,22	13,09	7,69	4,05
23	10,40	10,36	13,09	8,65	4,55
24	10,56	10,50	13,09	9,60	5,05
25	10,73	10,64	13,09	10,56	5,56
26	10,89	10,77	13,09	11,51	6,06
27	11,06	10,91	13,09	12,47	6,56
28	11,22	11,05	13,09	13,42	7,06
29	11,25	11,19	13,09	13,64	7,18
30	11,29	11,33	13,09	13,85	7,29
31	11,32	11,47	13,09	14,07	7,41
32	11,36	11,60	13,09	14,28	7,52
33	11,40	11,74	13,09	14,50	7,63
34	11,57	11,88	13,09	14,82	7,80
35	11,74	12,02	13,09	15,13	7,97
36	11,91	12,16	13,09	15,45	8,13
37	12,08	12,29	13,09	15,77	8,30
38	12,25	12,43	13,09	16,08	8,47
39	12,38	12,57	13,09	16,44	8,66
40	12,52	12,71	13,09	16,80	8,84
41	12,65	12,85	13,09	17,16	9,03
42	12,78	12,98	13,09	17,52	9,22
43	12,92	13,12	13,09	17,88	9,41
44	13,17	13,26	13,09	18,58	9,78
45	13,42	13,40	13,09	19,29	10,15
46	13,67	13,54	13,09	19,99	10,52
47	13,92	13,68	13,09	20,70	10,89

Männer Alter	Gesundheit plus	Heil- praktiker	Zahn- behandlung	Zahnersatz top	Zahnersatz basis
48	12,77	10,63	13,09	15,87	8,36
49	13,22	10,63	13,09	16,48	8,67
50	13,68	10,63	13,09	17,08	8,99
51	14,14	10,63	13,09	17,68	9,31
52	14,60	10,63	13,09	18,28	9,62
53	15,06	10,63	13,09	18,88	9,94
54	15,75	10,63	13,09	19,57	10,30
55	16,45	10,63	13,09	20,26	10,67
56	17,14	10,63	13,09	20,95	11,03
57	17,84	10,63	13,09	21,64	11,39
58	18,53	10,63	13,09	22,33	11,76
59	19,28	10,63	13,09	23,39	12,32
60	20,03	10,63	13,09	24,46	12,88
61	20,78	10,63	13,09	25,52	13,44
62	21,53	10,63	13,09	26,59	13,99
63	22,28	10,63	13,09	27,65	14,56
64	23,31	10,63	13,09	28,02	14,75
65	24,35	10,63	13,09	28,39	14,94
66	25,38	10,63	13,09	28,76	15,14
67	26,42	10,63	13,09	29,13	15,33
68	27,45	10,63	13,09	29,50	15,53
69	27,81	10,63	13,09	29,39	15,47
70	28,16	10,63	13,09	29,28	15,41
71	28,52	10,63	13,09	29,17	15,35
72	28,87	10,63	13,09	29,06	15,29
73	29,23	10,63	13,09	28,94	15,24
74	29,95	10,63	13,09	28,56	15,03
75	30,67	10,63	13,09	28,17	14,83
76	31,39	10,63	13,09	27,78	14,63
77	32,11	10,63	13,09	27,40	14,42
78	32,82	10,63	13,09	27,01	14,22
79	33,70	10,63	13,09	26,43	13,91
80	34,58	10,63	13,09	25,85	13,61
81	35,46	10,63	13,09	25,27	13,30
82	36,34	10,63	13,09	24,69	12,99
83	37,22	10,63	13,09	24,11	12,69
84	38,06	10,63	13,09	23,48	12,36
85	38,90	10,63	13,09	22,85	12,03
86	39,74	10,63	13,09	22,23	11,70
87	40,58	10,63	13,09	21,60	11,37
88	41,42	10,63	13,09	20,97	11,04
89	42,35	10,63	13,09	20,34	10,71
90	43,27	10,63	13,09	19,71	10,37
91	44,20	10,63	13,09	19,07	10,04
92	45,13	10,63	13,09	18,44	9,71
93	46,06	10,63	13,09	17,80	9,37
94	46,99	10,63	13,09	17,17	9,04
95	47,92	10,63	13,09	16,53	8,70
96	48,85	10,63	13,09	15,89	8,37
97	49,79	10,63	13,09	15,26	8,03
98	50,72	10,63	13,09	14,62	7,69
99	50,72	10,63	13,09	14,62	7,69
100	50,72	10,63	13,09	14,62	7,69

Frauen Alter	Gesundheit plus	Heil- praktiker	Zahn- behandlung	Zahnersatz top	Zahnersatz basis
48	14,17	13,81	13,09	21,40	11,26
49	14,62	13,81	13,09	22,17	11,67
50	15,08	13,81	13,09	22,93	12,07
51	15,53	13,81	13,09	23,70	12,47
52	15,99	13,81	13,09	24,46	12,88
53	16,44	13,81	13,09	25,23	13,28
54	16,96	13,81	13,09	25,86	13,62
55	17,48	13,81	13,09	26,50	13,95
56	18,00	13,81	13,09	27,14	14,29
57	18,52	13,81	13,09	27,78	14,62
58	19,04	13,81	13,09	28,42	14,96
59	19,69	13,81	13,09	29,27	15,41
60	20,34	13,81	13,09	30,13	15,86
61	20,98	13,81	13,09	30,99	16,31
62	21,63	13,81	13,09	31,85	16,76
63	22,28	13,81	13,09	32,71	17,22
64	23,31	13,81	13,09	32,76	17,25
65	24,35	13,81	13,09	32,82	17,28
66	25,38	13,81	13,09	32,87	17,31
67	26,42	13,81	13,09	32,93	17,33
68	27,45	13,81	13,09	32,99	17,36
69	27,81	13,81	13,09	32,63	17,18
70	28,16	13,81	13,09	32,27	16,99
71	28,52	13,81	13,09	31,92	16,80
72	28,87	13,81	13,09	31,56	16,61
73	29,23	13,81	13,09	31,20	16,42
74	29,95	13,81	13,09	30,54	16,08
75	30,67	13,81	13,09	29,89	15,73
76	31,39	13,81	13,09	29,23	15,39
77	32,11	13,81	13,09	28,57	15,04
78	32,82	13,81	13,09	27,91	14,69
79	33,70	13,81	13,09	26,95	14,19
80	34,58	13,81	13,09	25,99	13,68
81	35,46	13,81	13,09	25,03	13,17
82	36,34	13,81	13,09	24,06	12,67
83	37,22	13,81	13,09	23,10	12,16
84	38,06	13,81	13,09	21,95	11,55
85	38,90	13,81	13,09	20,80	10,95
86	39,74	13,81	13,09	19,65	10,34
87	40,58	13,81	13,09	18,50	9,74
88	41,42	13,81	13,09	17,35	9,13
89	42,35	13,81	13,09	16,17	8,51
90	43,27	13,81	13,09	14,99	7,89
91	44,20	13,81	13,09	13,82	7,27
92	45,13	13,81	13,09	12,64	6,66
93	46,06	13,81	13,09	11,47	6,04
94	46,99	13,81	13,09	10,30	5,42
95	47,92	13,81	13,09	9,14	4,81
96	48,85	13,81	13,09	7,98	4,20
97	49,79	13,81	13,09	6,82	3,59
98	50,72	13,81	13,09	5,66	2,98
99	50,72	13,81	13,09	5,66	2,98
100	50,72	13,81	13,09	5,66	2,98

Produktinformationsblatt für ambulante Tarife

gemäß § 4 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)
(Antragsmodell)

Dieses Produktinformationsblatt soll Ihnen einen ersten Überblick zu Ihrem Versicherungsvertrag bieten. Es ist deshalb als Orientierungshilfe zu verstehen. Alle nachfolgenden Informationen sind nicht abschließend und gelten vorbehaltlich der noch durchzuführenden Risikoprüfung. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den beiliegenden Versicherungsbedingungen. Das Produktinformationsblatt gilt für alle Tarife mit Leistungen im ambulanten Bereich. Für Sie gelten die Leistungen Ihres gewählten Tarifes.

1. Art der Versicherung

Es handelt sich um einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2. Beschreibung des durch den Vertrag versicherten Risikos

Wir erstatten im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif; AVB) die Kosten bei ambulanter Heilbehandlung, die über die von der GKV gedeckten Kosten hinausgehen. Informationen zu den ausgeschlossenen Risiken finden Sie unter Ziffer 4.

2.1 Leistungsinhalte des Tarifs CSS.mini

Leistungen im Zahnbereich: 30% Kostenerstattung des erstattungsfähigen Betrags für Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Prothesen, Stiftzähne, Zahnersatz-Reparaturen und zahnärztlichen Aufwand sowie zahntechnische Laborleistungen. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erbracht.

Leistungen für Sehhilfen: Zuzahlungen bei Sehhilfen, hierbei 100% der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen mit bis zu EUR 160 innerhalb von 24 Monaten bzw. bis zu EUR 240 bei

Nichtinanspruchnahme innerhalb der vorangegangenen 36 Monate. In den ersten 12 Versicherungsmonaten werden für Sehhilfen maximal EUR 50 erstattet.

Krankenschutz im Ausland: Bei Auslandsreisen von einer Dauer bis zu maximal 45 Tagen werden 100% aller aus Krankheit oder Unfall resultierenden Kosten übernommen, wobei hier auch der stationäre Versicherungsschutz mitversichert ist. Ebenfalls ist der medizinisch notwendige Rücktransport versichert.

2.2 Leistungsinhalte des Tarifs CSS.maxi

Leistungen im Zahnbereich: Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen 90% der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen, bei Regelversorgung bis zu 100%. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der GOZ erbracht.

Leistungen für Hilfsmittel: 100% Kostenübernahme bei großen Hilfsmitteln wie z.B. Krankenfahrrädern und Hörgeräten bis max. EUR 600.

Leistungen für Sehhilfen: Zuzahlungen bei Sehhilfen, hierbei 100% der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen mit bis zu EUR 200 innerhalb von 24 Monaten bzw. bis zu EUR 300 bei Nichtinanspruchnahme innerhalb der vorangegangenen 36 Monate. In den ersten 12 Versicherungsmonaten werden für Sehhilfen maximal EUR 50 erstattet.

Leistungen für Heilpraktikerbehandlungen: 80% Erstattung pro Kalenderjahr für Behandlung und verordnete Arznei-, Verbands- und Heilmittel von Heilpraktikern. Hierfür werden in den ersten 24 Versicherungsmonaten maximal EUR 400 erstattet, danach bis zu EUR 800.

Mehrkosten bei Krankenhauswahl: 100% Übernahme der Mehrkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses als des in der ärztlichen Einweisung angegebenen.

Krankenschutz im Ausland: Bei Auslandsreisen von einer Dauer bis zu maximal 45 Tagen werden 100% aller aus Krankheit oder Unfall resultierenden Kosten übernommen, wobei hier auch der stationäre Versicherungsschutz mitversichert ist. Ebenfalls ist der medizinisch notwendige Rücktransport versichert.

2.3 Leistungsinhalte des Tarifs CSS.flexi

Tarifbaustein CSS.flexi Gesundheit plus

- **Leistungen bei Sehhilfen:** Zuzahlungen bei Sehhilfen, hierbei 100% der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen mit bis zu EUR 200 innerhalb von 24 Monaten bzw. bis zu EUR 300 bei Nichtanspruchnahme innerhalb der vorangegangenen 36 Monate. In den ersten 12 Versicherungsmonaten werden für Sehhilfen maximal EUR 50 erstattet.
- **Leistungen bei ambulanten Vorsorgeuntersuchungen:** 100%ige Erstattung der Zuzahlungen gemäß Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). 100% Erstattung auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Vorsorgeuntersuchungen bis zum einem Betrag von EUR 500 innerhalb von 24 Versicherungsmonaten.
- **Mehrkosten bei Krankenhauswahl:** 100% Übernahme der Mehrkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses als des in der ärztlichen Einweisung angegebenen.
- **Krankenschutz im Ausland:** Bei Auslandsreisen von einer Dauer bis zu maximal 45 Tagen werden 100% aller aus Krankheit oder Unfall resultierenden Kosten übernommen, wobei hier auch der stationäre Versicherungsschutz mitversichert ist. Ebenfalls ist der medizinisch notwendige Rücktransport versichert.

Tarifbaustein CSS.flexi Heilpraktiker

- **Leistungen für Heilpraktikerbehandlungen:** 80% Erstattung pro Kalenderjahr bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von EUR 1.250 für Behandlung und verordnete Arznei-, Verbands- und Heilmittel von Heilpraktikern. In den ersten 24 Versicherungsmonaten werden maximal EUR 600 erstattet.

Tarifbaustein CSS.flexi Zahnbehandlung

- **Leistungen im Zahnbereich:** 100% aller Kosten für Zahnbehandlung (z. B. konservierende Leistungen, chirurgische Leistungen sowie Schienen- und Aufbissbehelfe) und Prophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung, Kariesrisikodiagnostik und Fluoridierung) sowie 80% der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, sofern hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht.

Tarifbaustein CSS.flexi Zahnersatz basis

- **Leistungen im Zahnbereich:** Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bis zu 40% der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen. Bei Regelversorgung erfolgt Kostenerstattung bis zu 100%. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht.

Tarifbaustein CSS.flexi Zahnersatz top

- **Leistungen im Zahnbereich:** Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bis zu 90% der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen. Bei Regelversorgung erfolgt Kostenerstattung bis zu 100%. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht.

3. Höhe und Fälligkeit der Prämie, Folgen verspäteter Prämienzahlung und Beitragsentwicklung

Die Prämie Ihres beantragten Versicherungsschutzes im Einzelnen:

zu versichernde Person:

Tarif	<input type="text"/>	mtl. Prämie	<input type="text"/>	EUR
Tarif	<input type="text"/>	mtl. Prämie	<input type="text"/>	EUR
Tarif	<input type="text"/>	mtl. Prämie	<input type="text"/>	EUR

zu versichernde Person:

Tarif	<input type="text"/>	mtl. Prämie	<input type="text"/>	EUR
Tarif	<input type="text"/>	mtl. Prämie	<input type="text"/>	EUR
Tarif	<input type="text"/>	mtl. Prämie	<input type="text"/>	EUR

Die genannte monatliche Prämie beinhaltet keine Risiko- oder Beitragszuschläge. Im Zweifel gilt die Prämie, die im Versicherungsschein ausgewiesen wird.

Zusätzlich zur Prämie fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Gebühren und Kosten an.

Die erste Prämie ist unverzüglich zwei Wochen nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Durch Ihre gewährte Einzugsermächtigung werden wir die Prämie von dem angegebenen Konto abrufen. Eine Folgeprämie ist zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt fällig. Die Prämie ist für den beantragten oder im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitraum des Versicherungsschutzes zu bezahlen. Eine verspätete oder unterbliebene Prämienzahlung gefährdet Ihren Versicherungsschutz und Ihren Vertrag.

Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 8 der Grundbedingungen.

Hohe Qualitätsstandards und medizinischer Fortschritt sind Gründe für die Steigerung der Gesundheitskosten und damit auch der Krankenversicherungsbeiträge. Beitragsanpassungen (vgl. § 8b der Grundbedingungen) sind daher zukünftig möglich. Hinzu kommt die jährliche Fortschreibung Ihrer Krankenversicherungsbeiträge aufgrund des Älterwerdens. Senkungen Ihrer Prämie sind möglich bei Leistungsfreiheit und somit Veränderung Ihrer Schadenfreiheitsklasse.

4. Im Vertrag enthaltene Leistungs- und Risikoausschlüsse

Ansprüche auf Versicherungsleistungen bestehen, wenn nicht anderweitig vereinbart, erst nach Ablauf von Wartezeiten. Ausnahmen hiervon sind Leistungen infolge von Unfällen. Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 3 der Grundbedingungen.

Es besteht keine Leistungspflicht für Krankheiten und Unfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind; ebenfalls keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, die auf Vorsatz beruhen.

Hat der Tarif einen Leistungshöchstsatz zum Inhalt, werden die darüber hinausgehenden Kosten nicht erstattet. Für unangemessen hohe Vergütungen oder Leistungen, die das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigen, wird ebenfalls keine Zahlung geleistet. Eine Einschränkung bzw. Deckelung der tariflichen Leistungen findet ebenfalls statt, wenn der Tarif die Vorleistung der GKV anerkennt.

Wird im Rahmen des Vertragsschlusses ein Leistungsausschluss für Sehhilfen gewählt, werden dafür keine Leistungen erbracht.

Weitere Leistungsausschlüsse und die Einzelheiten hierzu finden Sie unter § 5 der Grundbedingungen.

5. Obliegenheiten, die bei Vertragsabschluss zu beachten sind

Wir sind als Versicherer auf Ihre Angaben zu den im Antragsformular enthaltenen Fragen zu gefahrerheblichen Umständen angewiesen. Für eine Prüfung des zu versichernden Risikos müssen Sie die in den Fragebögen enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bei Unsicherheiten Ihrerseits empfehlen wir Ihnen, Rücksprache mit Ihren ärztlichen Behandlern zu halten.

Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen, auch noch nach längerer Zeit, vom Vertrag zurücktreten. Auch eine Kündigung, eine rückwirkende Vertragsanpassung oder eine Anfechtung des Vertrages sind durch uns möglich. Diese Maßnahmen können sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen.

Mehr Informationen zu diesem Thema finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; abgedruckt im Anhang der Grundbedingungen).

6. Obliegenheiten, die während der Laufzeit des Vertrages und bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten sind

Sie sind insbesondere verpflichtet, uns unverzüglich den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung mitzuteilen.

Verletzen Sie eine Ihrer vertraglichen Obliegenheiten, so können wir, je nach Verschuldensgrad, die Versicherungsleistung kürzen oder sogar vollständig verweigern. In bestimmten Fällen kann auch eine Kündigung des Vertrages durch uns erfolgen. Nähere Informationen hierzu finden Sie in §§ 9–11 der Grundbedingungen.

Wir bitten Sie zudem, uns vor Beginn einer zahnärztlichen Maßnahme einen Heil- und Kostenplan zur Prüfung zukommen zu lassen.

7. Beginn und Ende Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Ihr Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Der Vertrag mit der CSS Versicherung AG wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr (dies entspricht dem Kalenderjahr) geschlossen und verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Der Versicherungsvertrag, in Kenntnis der versicherten Person, kann mit Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit und danach mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Weitere Informationen zu Ihrem Kündigungsrecht entnehmen Sie bitte §§ 13–15 der Grundbedingungen.

Tarif CSS.flexi, Baustein Heilpraktiker

Ergänzungstarif für Naturheilverfahren und Heilpraktiker für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Baustein Heilpraktiker ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Naturheilverfahren und Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Rechnungsbeträge bei Behandlungen durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Behandlungen durch Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträge.

Erstattet werden davon 80% der im Rahmen einer ambulanten und stationären Heilbehandlung entstandenen Aufwendungen für angewandte naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandsmittel bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von EUR 1.250 je Kalenderjahr. Die Erstattung beträgt jedoch für die ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn insgesamt höchstens EUR 600.

Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des GebüH in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß der Liste des Versicherers für erstattungsfähige Naturheilverfahren.

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)

- anthroposophische Medizin
- antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- ausleitende Verfahren: Aderlass, Baunscheidt-Behandlung, Biersche Stauung, Blutegelbehandlung, Cantharidentherapie, Fontanelletherapie, Pustulantien-Behandlung
- Ayurveda
- Biochemie nach Schüssler
- bioenergetische Medizin
- bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), bioelektrische Funktionsdiagnostik, biophysikalische Informationstherapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeldtherapie, Kirlian-Photographie, Thermographie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Elementartherapie
- Gasmischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- heilmagnetische Behandlungen
- homöopathische Behandlungen (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- mikrobiologische (mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Enzymtherapie,

- Thymustherapie, Zelltherapie)
- orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Reflexzonenmassagen
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roedersches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoffinhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)

- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermotherapie
- Traditionelle chinesische Medizin (einschließlich Qigong, Tai-Chi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämien-erhebung gültige Version des Anhangs.

Tarif CSS.flexi, Baustein Gesundheit plus

Ergänzungstarif für Vorsorgeuntersuchungen, Zuzahlungen, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Baustein Gesundheit plus ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei den nachfolgend abschließend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen 100% der Aufwendungen bis zu EUR 500 innerhalb von 24 zusammenhängenden Kalendermonaten.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die erstattungsfähig sind

Versicherte Anwendungen

- Früherkennungsuntersuchung
 - U6a im 15.-18. Lebensmonat
 - U10 im 8. Lebensjahr
 - U11 im 10. Lebensjahr
 - J2 im 14.-18. Lebensjahr
- großer Gesundheitscheck
Untersuchung mit:
 1. Anamnese
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
 2. klinische Untersuchung
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), ggf. einschl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- große Krebsvorsorge für Frauen
klinische Untersuchung einschl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- große Krebsvorsorge für Männer
klinische Untersuchung einschl. Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung einschl. Dermatoskopie
- HIV-Test
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test)
- Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie (Audio-Check)
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung (Schiel-Vorsorge)
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie (Glaukom-Vorsorge)
- sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6.-8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Osteoporose-Prävention
 1. Beratung
 2. Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Sono-Check: Ultraschalluntersuchung der inneren Organe
- Doppler-Sonographie der Hirngefäße: Kontrolle der Gehirndurchblutung ohne klinische Auffälligkeiten
- Hirnleistungscheck zur Früherkennung einer Demenz (Brain-Check)

Art. 2 Zuzahlungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt) 100 % der Zuzahlungen

- für eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühr) (§ 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V));
- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln (§ 32 Abs. 2 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln (§ 33 Abs. 8 SGB V);
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V);
- bei medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 6 SGB V);
- bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 SGB V);
- bei Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V);
- bei Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).

Erstattungsfähig sind Zuzahlungen bis zur geltenden Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V.

Art. 3 Brillen und Kontaktlinsen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 200 für Brillen und Kontaktlinsen, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn max. EUR 50.

Erfolgt keine Leistung durch die GKV, werden 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 200 erstattet, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn max. EUR 50.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht einmal in 24 aufeinanderfolgenden Monaten. Bestand darüber hinaus für die vorangegangenen 36 Monate Versicherungsschutz nach diesem Tarif, ohne dass eine zur Erstattung eingereichte Sehhilfe bezogen wurde, so erhöht sich der erstattungsfähige Höchstbetrag von EUR 200 auf EUR 300.

Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% der Mehrkosten für eine stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Notfällen im Ausland ist der Auslandsservice des Versicherers Tag und Nacht telefonisch erreichbar. Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation der Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen ab Reisebeginn bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Weggebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge von Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder- soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive der dadurch zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Versicherer übernimmt die nachfolgend genannten Mehrkosten für

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächste erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsten erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der

Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;

- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen. Der Versicherer organisiert den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Beantragung unter der Notfallnummer. Wird ein nicht vom Versicherer organisierter Rücktransport durchgeführt, so erfolgt eine Leistung nur insoweit, als sie bei Organisation durch den Versicherer angefallen wäre;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens 12 Monate, gerechnet vom Beginn der Reise. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die GKV erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der GKV, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Für die hier beschriebenen Leistungen bei Auslandsreisen entfallen die für Heilbehandlungen im Ausland gemäß Teil I § 1 Abs. 4 der AVB vorgesehenen Einschränkungen sowie die Wartezeiten und die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

Art. 6 Option

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif CSS.flexi Baustein Gesundheit plus versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV, die in Reaktion auf zukünftige Reformen in der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Jeder Versicherte hat einmalig innerhalb von 4 Wochen zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Tarife die garantierte Möglichkeit, ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die neuen Tarife abzuschließen.

Art. 7 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienenthebung gültige Version des Anhangs.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Unsere Postanschrift:

CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20,
LI-9490 Vaduz, Liechtenstein

Eingetragen im Öffentlichkeitsregister Liechtenstein
FL-0002.181.006-7

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift, unter anderem § 213 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf die sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie er in der Vorbemerkung beschrieben ist, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, der Kranken- und der Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit.

Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes, des Risikos und des Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem VVG hat der Versicherte bei Antragstellung, bei jeder Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären und Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und getrennt davon für die Sparte Krankenversicherung beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Kooperationspartner

Unsere Versicherung arbeitet zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden mit Kooperationspartnern zusammen.

Zur Zeit kooperieren wir mit:

- VOLZ Makler Consulting GmbH, im Auftrag der CSS Versicherung AG, Postfach 82 49, D-48044 Münster
- ROLAND Assistance GmbH, im Auftrag der CSS Versicherung AG, Postfach 66 26, D-48035 Münster
- Allied Finance Audit & Consulting AG, Kirchstraße 12, LI-9490 Vaduz
- JOVADO Kapitalwerk, Brungsgasse 4, D-53117 Bonn

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden (Vertragsabwicklung etc.). Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die Ausführungen unter Punkt 6.

Betreuung durch Versicherungsvermittler/-makler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler/Makler betreut. Vermittler/Makler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler/Makler zu diesem Zweck von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen.

Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler/Makler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vermittler/Makler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten selber im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler/Makler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler/Makler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittler-/Maklervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu. Sie werden hierüber informiert.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Version 01.2011

In diesem Druckstück:

Teil 1

CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten-
und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung
der gesetzlichen Krankenversicherung

CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20,
9490 Vaduz, Liechtenstein.

Nachfolgend Versicherer genannt.

In gesonderten Druckstücken:

Teil 2

Tarif

Teil 1

CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten-
und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung
der gesetzlichen Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3	Wartezeiten	2
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	3
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	4

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	4
§ 8a	Beitragsberechnung	5
§ 8b	Beitragsanpassung	5
§ 9	Obliegenheiten	5
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheits- verletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	6
§ 12	Aufrechnung	6

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	6
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	6
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	7

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	7
§ 17	Gerichtsstand	7
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	8
Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	10

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende Dienstleistungen. Er gewährt im Versicherungsfall
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen;
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Beitragszuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
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 eine 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 sowie die Entbindung (als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch);
 - 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 (CSS-Grundbedingungen mit Anhang, Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Maßgabe des Teils II dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf Heilbehandlungen in der Europäischen Union (nachfolgend EU genannt). Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht bei unvorhergesehenen Krankheiten oder Notfällen auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über mehr als einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der der EU oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versiche-

rungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
7. Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird keine Alterungsrückstellung gebildet.
8. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (hierzu führt insbesondere der Zugang des Versicherungsscheins oder – je nach Vertragsabschlussvariante – der Zugang einer vom Versicherungsnehmer oder Versicherer stammenden 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 1–3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.
3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten gelten vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Lebens-

partnerschaftsgesetz (LPartG) (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung oder nach Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
5. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z.B. Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif nichts anderes bestimmt, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
3. Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - a) Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
 - b) Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate, Vitaminpräparate, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. Ä. sowie vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandsmittel sowie Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird).
 - c) Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.
 - d) Die erstattungsfähigen Hilfsmittel sind nachfolgend abschließend aufgeführt. Aufwendungen für den Betrieb

(z.B. Batterien, Ladegeräte oder Reinigung) dieser Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig. Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen und orthopädische Schuhe. Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Krankenfahrstühle.

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.
 - a) Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus sind im Rahmen der im Tarif festgelegten Höchstsätze erstattungsfähig, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlich bescheinigt wird und öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus berechnet.
 - b) Bei teilstationärer Krankenhausbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
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 sie 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz oder Sucht 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 Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum 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 Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, 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.
 4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung (möglichst genaue Diagnose) der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Bezeichnung der Krankheit. Die Nachweise sollen möglichst gesammelt je Krankheitsfall nach beendeter Heilbehandlung eingereicht werden.

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese Person in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer Leistungen verlangen.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, aufgrund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am 1. 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. Werden die Beiträge oder Beitragsraten anders als im Lastschriftverfahren gezahlt, so erhöhen sie sich um einen Inkassozuschlag in Höhe von 3 Euro je zu leistender Zahlung.
2. Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 Abs. 4.
3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen 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 §§ 37 und 38 in Verbindung mit § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten, insbesondere die Kosten von Mahnschreiben, Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rücklaufgebühren, Rechtsanwalts- und Gerichtskosten, Kosten für Adressermittlung), werden in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung gestellt.
6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
3. Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters (vgl. § 8 Abs. 2), 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.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heil-

behandlungskosten 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 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und Leistungshöchstgrenzen sowie Pauschalleistungen, Kurtagegelder oder Krankenhaustagegelder, die statt Kostenersatz oder bei Verzicht auf bestimmte Leistungen gewährt werden, angepasst werden. Ferner kann unter den gleichen Voraussetzungen ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

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.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Neben dem Fall des § 4 Abs. 5 sollte auch jede andere geplante Krankenhausbehandlung, die keine Notfallaufnahme ist, rechtzeitig vor ihrem Antritt angezeigt werden, damit der Versicherer seine Leistungspflicht – insbesondere die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder das mögliche Vorliegen einer gemischten Anstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 – vorher prüfen und eine verbindliche Leistungszusage erteilen kann.
2. Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2–4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1–6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel 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.
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Grundbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein

unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer erfolgt.

2. Ist eine Bestimmung in den Grundbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird, zwei Wochen nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
3. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
4. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Abs. 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung rückwirkend ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
5. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Abs. 2–4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
6. Erhöht sich im Fall des Abs. 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht ange-

zeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

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

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
5. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Abs. 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prä-

mie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

1. Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74–80 und 82–87 anzuwenden. Die §§ 23–27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
2. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
3. Die §§ 43–48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigte der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 204 Tarifwechsel

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.
 - ...
3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

1. Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartne-

rinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

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



