

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.01.2022

Teil I: Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
A. Der Versicherungsschutz	2
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	2
2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht	3
4. Beginn des Versicherungsschutzes, Mindestlaufzeit	3
5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern	3
6. Wartezeiten	4
7. Umfang der Leistungspflicht	4
8. Einschränkungen der Leistungspflicht	4
9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen	5
10. Ende des Versicherungsschutzes	6
B. Beitrag	6
1. Beitragszahlung, Verzug	6
2. Beitragsberechnung	8
3. Beitragsanpassung	8
4. Beitragsrückerstattung	8
C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen	9
1. Allgemeine Obliegenheiten	9
2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte	9
3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
D. Ruhen des Versicherungsverhältnisses, Anwartschaftsversicherung und Ende der Versicherung	10
1. Ruhen des Versicherungsverhältnisses	10
2. Anwartschaftsversicherung	10
3. Kündigung durch Sie	11
4. Kündigung durch uns	12
5. Sonstige Gründe für die Beendigung eines Versicherungsverhältnisses	12
E. Willenserklärungen und Informationen	13
F. Sonstige Bestimmungen	13
1. Aufrechnung	13
2. Gerichtsstand	13
3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	13
4. Wechsel in den Basistarif	13
5. Wechsel in den Standardtarif	14
Glossar	15
Anhang	18

Einleitung

Mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) haben Sie eine gute Entscheidung getroffen. Wir unterstützen Sie gerne bei allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.

In diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) finden Sie alle Regelungen rund um Ihre Versicherung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 16.

Noch ein Hinweis:

Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person.

Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

A. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen Ereignissen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Ihnen oder einer versicherten Person die Kosten für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Den Umfang des Versicherungsschutzes finden Sie

- im Versicherungsschein,
- in separaten schriftlichen Vereinbarungen,
- in diesen AVB und den dazugehörigen Tarifbeschreibungen: Teil IIa ambulant, Teil IIb stationär, Teil IIc Zahn sowie
- in den gesetzlichen Vorschriften.

Für das Versicherungsverhältnis gilt deutsches Recht.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

In folgender Situation entsteht ein neuer Versicherungsfall: Die Heilbehandlung muss auf eine Krankheit oder die Folge eines Unfalls ausgeweitet werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Ein Beispiel: Sie liegen im Krankenhaus auf Grund eines gebrochenen Beines und erkranken zusätzlich an einer Grippe. Die Grippe ist dann ein neuer Versicherungsfall.

(3) Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- Fehlgeburten und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Absatz 2 und 3 Strafgesetzbuch (StGB) (medizinische und **kriminogene Indikation**),
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
- die stationäre Versorgung in einem Hospiz,
- die **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung** sowie
- der Todesfall, wenn dafür Leistungen mit uns vereinbart sind.

2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.

(2) Wenn Sie oder eine versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegen, können Sie oder die versicherte Person das Versicherungsverhältnis fortsetzen.

Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland bedeutet für uns: Sie oder eine versicherte Person verbringen zusammenhängend mehr als 182 Tage in einem Staat außerhalb des **Europäischen Wirtschaftsraums**. Vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland. Vorübergehende Unterbrechungen sind zum Beispiel: Urlaub, Reisen oder Krankenhausaufenthalte.

(3) Wir dürfen ab dem 183. Tag des Aufenthalts im Ausland einen **länderspezifischen Beitragszuschlag** erheben.

Ausnahme:

Wir erheben keinen Zuschlag, wenn Ihr Tarif eine Begrenzung unserer Leistungen auf die Preise, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären, vorsieht.

Den Beitragszuschlag prüfen wir jährlich und passen ihn gegebenenfalls an. Nehmen Sie oder die versicherte Person den Beitragszuschlag nicht an, endet das Versicherungsverhältnis. Das gleiche gilt, wenn die Verlegung nicht spätestens einen Monat nach Durchführung angezeigt wird.

(4) In einigen Staaten wird auf den Beitrag für eine Krankenversicherung eine Versicherungssteuer erhoben. Trifft dies auf das Land, in das Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegen, zu, müssen Sie diese Versicherungssteuer tragen. Wir werden den Betrag für die Versicherungssteuer bei Ihnen einziehen.

(5) Wenn wir den Vertrag wegen einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Absatz 3 Satz 4 und 5 beenden, können Sie die Umwandlung in eine **Anwartschaftsversicherung** verlangen. Die Voraussetzungen dafür finden Sie in Abschnitt D.2.

3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht

Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen **gleichartigen Versicherungsschutz** verlangen.

Voraussetzung:

Sie oder die versicherte Person sind **versicherungsfähig**.

So gehen wir nach Ihrem Antrag auf Umwandlung vor:

- Wir nehmen Ihren Antrag auf Umwandlung in einer angemessenen Frist an.
- Ihre erworbenen Rechte bleiben erhalten.
- Die nach den **technischen Berechnungsgrundlagen** gebildeten **Alterungsrückstellungen** rechnen wir an.
- Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir für die Mehrleistungen einen angemessenen **Risikozuschlag** verlangen (siehe Abschnitt B.2. Absatz 5 und 6).
- Alternativ können wir auch einen **Leistungsausschluss** mit Ihnen vereinbaren.

Ausnahme:

Sie haben keinen Anspruch auf Umwandlung des Versicherungsschutzes, wenn

- bei **Anwartschafts-** und **Ruhensversicherungen** der Grund für die **Anwartschaft** oder das **Ruhen** des Vertrags noch besteht
oder
- das Versicherungsverhältnis befristet ist.

Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig berechnet sind, ist rechtlich nicht möglich. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den **Notlagentarif** nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls rechtlich nicht möglich.

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Mindestlaufzeit

(1) Ihren Versicherungsbeginn finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Ihr Versicherungsschutz beginnt ab dem dort genannten Zeitpunkt, aber nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages liegt in jedem Fall dann vor, wenn Sie folgendes von uns erhalten haben:

- den Versicherungsschein
oder
- eine Annahmeerklärung.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir für die ab dem Versicherungsbeginn entstandenen Kosten.

(3) Bei Änderungen des Vertrags gelten die Absätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Der Vertrag wird in der Regel für ein **Versicherungsjahr** abgeschlossen. Bei Änderungen des Vertrags rechnen wir die Dauer Ihrer bisherigen Versicherung an.

Der Vertrag verlängert sich um ein **Versicherungsjahr**, wenn Sie ihn nicht 3 Monate vor Ablauf in Textform (Brief, E-Mail, Fax) kündigen. Über die Kündigungsmöglichkeit werden wir Sie nicht separat informieren.

Ein **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern

(1) Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des am höchsten oder umfassendsten versicherten Elternteils sein. Eine niedrigere ambulante Selbstbeteiligung gilt dabei nicht als höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz, wenn sonst der Leistungsumfang identisch ist.

Der Versicherungsschutz umfasst dabei innerhalb des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen).

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne **Risikozuschläge** ab der Geburt.

Voraussetzung:

Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Geburt spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt.

(3) Bei Adoptionen beginnt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Adoption.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Adoptionsbeginn, spätestens 2 Monate nach dem Tag der Adoption
- und
- das Kind ist bei der Adoption noch minderjährig.

Da bei einer Adoption ein erhöhtes Risiko für Vorerkrankungen bestehen kann, dürfen wir mit Ihnen einen **Risikozuschlag** vereinbaren. Dieser **Risikozuschlag** beträgt maximal 100 %.

6. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

7. Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe unserer Leistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und II) und den gesetzlichen Vorschriften.

(2) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- angewandt werden, weil es keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel gibt
- oder
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.

Für die Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben, gilt:

Wir dürfen unsere Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(3) Wir bieten Ihnen Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall. Dies sind zum Beispiel medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen). Unsere aktuellen Gesundheitsdienstleistungen finden Sie unter www.sdk.de/gesundheits-dienstleistungen.

(4) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich höher sind als 2.000 EUR, informieren wir Sie gerne über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes. Bitte senden Sie Ihre Anfrage an uns in Textform (Leistung@sdk.de, Brief, Fax). Wir antworten Ihnen spätestens nach 4 Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, informieren wir Sie **unverzüglich**, spätestens nach 2 Wochen. Wir berücksichtigen dabei Ihre Unterlagen, beispielsweise Kostenvoranschläge.

Die Frist beginnt, wenn wir Ihre Anfrage erhalten haben. Wenn wir Sie nicht innerhalb der Frist informieren, gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig. Dies gilt ab dem Zeitpunkt nicht mehr, ab dem wir die fehlende medizinische Notwendigkeit der Behandlung nachgewiesen haben.

(5) Wir geben Ihnen oder der versicherten Person auf Nachfrage Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen. Dies gilt für Gutachten und Stellungnahmen, die wir eingeholt haben, um zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Sie oder die versicherte Person können auch verlangen, dass wir einem bestimmten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies gilt, wenn wir Ihnen oder der versicherten Person aus erheblichen therapeutischen oder sonstigen erheblichen Gründen keine Auskunft oder Einsicht geben können. Nur die betroffene Person oder deren gesetzlicher Vertreter kann diesen Anspruch geltend machen. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt haben, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

(6) Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert.

(7) Folgen von Kriegereignissen außerhalb Deutschlands sind versichert, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

8. Einschränkungen der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

1. durch Kriegereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen
- und
- Folgen von Unfällen
- und

- Todesfälle,

2. von Ihnen oder der versicherten Person **vorsätzlich** herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

3. Entwöhnungsmaßnahmen bei Nikotinsucht.

4. Entwöhnungsmaßnahmen bei anderen Suchterkrankungen wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit oder Drogensucht.

Ausnahme:

Wir leisten für die ersten 3 ambulanten oder stationären Maßnahmen pro Diagnose. Wir erstatten keine Maßnahmen zur Entwöhnung, für die andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

5. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in stationären Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde nicht erstatten. Ein wichtiger Grund kann zum Beispiel eine mehrfache Abrechnung der Leistung sein.

Das gilt nur:

- Wenn die Behandlung begonnen wurde, nachdem wir Sie über den **Leistungsausschluss** benachrichtigt haben sowie
- für Kosten, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind, wenn zum Zeitpunkt der Benachrichtigung der Versicherungsfall noch nicht abgeschlossen war.

6. Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger (beispielsweise der gesetzlichen Rentenversicherung). Dies gilt, wenn wir tariflich nichts anderes mit Ihnen vereinbart haben.

7. Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten (beispielsweise Arzneimittel oder Verbandsmaterial) erstatten wir wie tariflich vereinbart.

8. eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung (beispielsweise Sicherungsverwahrung in der Psychiatrie).

(2) Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken, wenn

- eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(3) In folgenden Fällen müssen wir nur für Kosten leisten, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben:

Sie oder die versicherte Person haben Anspruch auf Leistungen

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- einer **gesetzlichen Heilfürsorge** oder
- der Unfallfürsorge.

(4) Haben Sie oder eine versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Kostenträger (beispielsweise andere Versicherungen), gilt: Die gesamte Erstattung darf nicht höher sein als die gesamten Kosten.

9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen

(1) Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie uns die geforderten Nachweise vorlegen. Diese Nachweise werden unser Eigentum. Als Nachweise gelten:

- Rechnungen im Original (auch in elektronischer Form) sowie
- Kopien von Rechnungen mit Erstattungsnachweis eines anderen Kostenträgers (beispielsweise einer anderen Versicherung).

(2) Die Rechnungen müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Leistungen des Behandelnden mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und jeweiligem Behandlungsdatum sowie

- zusätzlich bei stationären Leistungen: Tag der Aufnahme und Entlassung sowie Bettenzahl des in Anspruch genommenen Zimmers.

(3) Sie erhalten die vertraglichen Leistungen, nachdem wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Für die Fälligkeit unserer Leistungen gilt § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang).

(4) Die Leistung können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen.

Ausnahme:

Wir leisten an die versicherte Person, wenn Sie uns diese in Textform (Brief, E-Mail, Fax) als empfangsberechtigt für deren Leistungen genannt haben.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten durch eine Krankheit rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Kosten für die Überweisung der Leistungen und für Übersetzungen können wir von den Leistungen abziehen.

(6) Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge. Gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Besonderheit:

Wenn Sie eine „Card für Privatversicherte“ erhalten haben, kann das Krankenhaus die Kosten für die stationäre Behandlung direkt mit uns abrechnen. In diesem Fall gilt das Abtretungsverbot nicht.

10. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

B. Beitrag

1. Beitragszahlung, Verzug

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Sie müssen den Beitrag zum Ersten eines jeden Monats zahlen.

(2) Das Eintrittsalter ist entscheidend für die Höhe der Beiträge. Das Eintrittsalter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ein Beispiel: Sie sind am 31. August 1983 geboren. Das Versicherungsverhältnis beginnt am 1. Januar 2018. Ihr Eintrittsalter beträgt dann $2018 - 1983 = 35$ Jahre.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, den Beitrag für Kinder. Von dem folgenden Kalenderjahr an gelten die „Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler“. Falls die Kinder nicht in die Schule gehen oder nicht studieren, zahlen sie den Beitrag für erwachsene Mitglieder. Dafür gilt dann das Eintrittsalter von 16 Jahren. Diese Änderungen der Beiträge gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von Abschnitt D. 3. Absatz 5.

(3) Den ersten Beitrag müssen Sie **unverzüglich** nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Bei einem späteren Versicherungsbeginn müssen Sie den ersten Beitrag zu diesem späteren Zeitpunkt zahlen.

(4) Mit diesem Versicherungsvertrag erfüllen Sie die **Pflicht zur Krankheitskostenversicherung** (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – siehe Anhang). Wenn Sie den Vertrag später als einen Monat nach Entstehen der **Pflicht zur Versicherung** beantragen, müssen Sie einen Beitragszuschlag zahlen.

So berechnen wir die Höhe des Beitragszuschlags:

- Er beträgt einen monatlichen Beitrag für jeden angefangenen Monat, in dem Sie nicht versichert sind.
- Ab dem 6. Monat, in dem Sie nicht versichert sind, beträgt der Beitragszuschlag für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel des monatlichen Beitrags.
- Wenn wir nicht feststellen können, wie lange Sie ohne Versicherungsschutz sind, gehen wir davon aus, dass Sie 5 Jahre nicht versichert waren.

Den Beitragszuschlag müssen Sie einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zahlen. Sie können von uns verlangen, dass wir den Beitragszuschlag **stunden**. Wir stimmen der **Stundung** zu, wenn unsere Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung berücksichtigt werden. Der **gestundete** Betrag wird verzinst.

(5) Wenn Sie bei einer verpflichtenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – siehe Anhang) mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand sind, erhalten Sie eine Mahnung. Sie müssen dann folgende Beträge zahlen:

- Für jeden angefangenen Monat mit Beitragsrückstand einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes und
- nachgewiesene Mahnkosten, mindestens 1,50 EUR je Mahnung.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge 2 Monate nach Erhalt der Mahnung noch höher als 1 Monatsbeitrag, mahnen wir Sie erneut. Darin weisen wir Sie auf das mögliche **Ruhen** des Versicherungsvertrages hin.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Erhalt der zweiten Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, **ruht** der Versicherungsvertrag. Dies gilt ab dem ersten Tag des folgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, sind Sie oder eine versicherte Person im **Notlagentarif** nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) versichert. Es gelten dafür die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den **Notlagentarif** (AVB/NLT) in der gültigen Fassung.

Sind alle rückständigen Beiträge, die Säumniszuschläge und die **Beitreibungskosten** gezahlt, setzen wir den Vertrag wie folgt fort:

- Sie oder die versicherte Person sind wieder ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in Ihrem bisherigen Tarif versichert.
- Sie oder die versicherte Person werden so gestellt wie vor der Versicherung im **Notlagentarif** nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang).

Ausnahme:

Dies gilt nicht für die während der **Ruhenszeit** verbrauchten Anteile der **Alterungsrückstellung**.

Während der **Ruhenszeit** können sich die Beiträge oder die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den ursprünglichen Versicherungsvertrag ändern. Dann gelten diese Änderungen ab dem Tag, an dem wir die Versicherung fortsetzen.

Das **Ruhen** des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet in folgendem Fall: Sie oder die versicherte Person sind oder werden hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch.

Die Hilfebedürftigkeit müssen Sie uns durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachweisen. Der zuständige Träger kann zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit sein. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns in angemessenen Abständen eine neue Bescheinigung vorlegen.

(6) Bei anderen als der verpflichtenden Krankheitskostenversicherung kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Die Voraussetzungen hierfür sind in § 37 und § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) geregelt. Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und wir Sie in Textform (Brief, E-Mail, Fax) gemahnt haben, müssen Sie Mahnkosten zahlen. Diese betragen mindestens 1,50 EUR je Mahnung. Darüber hinaus können wir von Ihnen Zinsen für den Verzug und von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (beispielsweise Rückläufergebühren, Gerichtskosten) fordern.

(7) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses gelten folgende Regelungen:

- Beendigung vor Ablauf der Vertragslaufzeit: Uns steht der Teil des Beitrags für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- Beendigung durch Rücktritt nach § 19 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang): Uns steht der Beitrag zu, bis die Erklärung des Rücktritts wirksam wird.
- Beendigung durch Anfechtung wegen **arglistiger Täuschung**: Uns steht der Beitrag zu, bis die Anfechtung wirksam wird.
- Treten wir vom Vertrag zurück, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Gebühr fordern.

(8) Geht eine versicherte Person zur Schule oder studiert an einer Hochschule, kann die Versicherung als Schüler oder Student erfolgen.

Voraussetzung:

Die versicherte Person ist mindestens 16 Jahre alt und hat das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Der monatliche Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter. Entscheidend ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensalter.

Ändern sich die Beiträge wegen des steigenden Alters oder weil die Versicherung als Schüler oder Student endet, liegt keine Beitragserhöhung im Sinne von Abschnitt D.3. Absatz 5 vor.

Die Versicherung als Schüler oder Student endet, wenn die Schulausbildung oder wissenschaftliche Ausbildung

- endet oder
- vorzeitig abgebrochen wird oder
- für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder
- wenn die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.

Die Versicherung endet jeweils mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Ereignis stattfand. Ab dem folgenden Kalenderjahr wird die Versicherung mit den Beiträgen für erwachsene Mitglieder fortgeführt. Dafür gilt dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter.

Sie müssen uns das Ereignis, das zum Ende der Versicherung führt, innerhalb von zwei Monaten nach dessen Eintritt in Textform (Brief, E-Mail, Fax) anzeigen. Mit der gleichen Frist können Sie das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Diese Kündigung wird zum Ende des Monats wirksam, in dem das Ereignis eingetreten ist.

2. Beitragsberechnung

- (1) Wir berechnen die Beiträge nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Die genaue Art der Berechnung ist in unseren **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.
- (2) Wenn sich die Beiträge ändern – auch durch Änderung des Versicherungsschutzes – berücksichtigen wir das tarifliche Lebensalter der versicherten Person. Das tarifliche Lebensalter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- (3) Das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigen wir dadurch, dass wir eine **Alterungsrückstellung** anrechnen. Dabei richten wir uns nach den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegten Grundsätzen. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist ausgeschlossen, wenn wir **Alterungsrückstellungen** bilden. Dies gilt für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses.
- (4) Zur Finanzierung einer **Anwartschaft** auf Beitragsermäßigung im Alter gehen wir wie folgt vor: Den **Alterungsrückstellungen** aller Versicherten von Krankheitskostentarifen schreiben wir jährlich zusätzliche Beträge zu und verwenden diese für die **Anwartschaften**. Dies gilt für alle Krankheitskostentarife, für die wir eine **Alterungsrückstellung** über das 65. Lebensjahr hinaus bilden. Dabei richten wir uns nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).
- (5) Bei Änderungen der Beiträge können wir auch separat vereinbarte **Risikozuschläge** entsprechend ändern.
- (6) Besteht bei einer Änderung des Vertrags ein erhöhtes Risiko, können wir für den zukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag einen angemessenen Zuschlag fordern. Dieser richtet sich nach unseren Grundsätzen, mit denen wir erhöhte Risiken ausgleichen.

3. Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel wenn
 - die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
 - medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden
oder
 - die Lebenserwartung steigt.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** berechneten Versicherungsleistungen und **Sterbewahrscheinlichkeiten**. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen oder bei den **Sterbewahrscheinlichkeiten** eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend passen wir diese Beiträge mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders an. Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch eine feste Selbstbeteiligung anpassen und einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern. Bei einer Beitragsanpassung vergleichen wir auch den für die **Höchstbeitragsgarantie** und die **Beitragsminderung** im Basistarif notwendigen Zuschlag (Abschnitt F.4.) und den für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderlichen Zuschlag (Abschnitt F.5.) mit den jeweils berechneten Zuschlägen. Auch diese Zuschläge passen wir wenn nötig an.

- (2) Wir können auf eine Beitragsanpassung verzichten, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

Ein Beispiel: Eine besonders schwere Grippewelle verursacht einmalig sehr hohe Kosten, die so für die Zukunft nicht wieder zu erwarten sind.

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

4. Beitragsrückerstattung

Die der **Rückstellung für Beitragsrückerstattung** (RfB) zugewiesenen Beträge verwenden wir nur für die **Überschussbeteiligung** unserer Versicherten. Entscheidend für die Verwendung ist unsere Satzung. Danach können wir unter folgenden Arten der Verwendung wählen:

- Ausschüttung,
- Erhöhung unserer Leistungen,

- Senkung der Beiträge,
- Verwendung als Einmalbeitrag für eine Erhöhung der Leistungen sowie
- Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Bei einer Ausschüttung zahlen wir die Beitragsrückerstattung für jeden berechtigten Tarif der versicherten Person aus, wenn diese:

- ein volles Kalenderjahr versichert war
Ausnahme:
Bei einem Versicherungsbeginn nach dem 1. Januar zählt auch das erste Jahr als volles Kalenderjahr.
und
- keine Leistungen für das abgelaufene Kalenderjahr erhalten hat
oder
- nur solche Leistungen für das vergangene Kalenderjahr erhalten hat, die dem Anspruch auf die Beitragsrückerstattung nicht entgegenstehen. Das können zum Beispiel Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Maßnahmen zur Zahnprophylaxe sein.

Weiterhin müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Vertrag der versicherten Person besteht noch am 01. Juli des Folgejahres
Ausnahme:
Der Vertrag wurde wegen Tod oder einer Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung beendet.
und
- alle Beiträge der versicherten Person für das abgelaufene Kalenderjahr sind spätestens am 31. Januar des folgenden Jahres ohne Gerichtsverfahren bezahlt.

Die Ausschüttung erhalten Sie in der zweiten Hälfte des Folgejahres.

C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen

1. Allgemeine Obliegenheiten

- (1) Sie und die empfangsberechtigte versicherte Person (Abschnitt A. 9. Absatz 4) müssen uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig ist.
- (2) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person muss für die Minderung des Schadens sorgen. Sie muss alle Handlungen unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Ein Beispiel: Sie handeln entgegen dem ausdrücklichen ärztlichen Rat Bettruhe zu halten.

- (4) In folgenden Fällen sind Sie verpflichtet, uns über andere Versicherungen **unverzüglich** zu informieren:
 - Für eine versicherte Person wird bei einem weiteren Versicherer ein Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen
oder
 - eine versicherte Person tritt in die gesetzliche Krankenversicherung ein.

2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte (beispielsweise gegen einen Unfallgegner), müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Die Pflicht zur Abtretung besteht bis zu der Höhe, in der Sie von uns Ersatz erhalten (Erstattung von Kosten sowie Sach- und/oder Dienstleistungen). Diese Regelung gilt unter Berücksichtigung des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).
- (2) Sie oder die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie die geltenden Formen und Fristen beachten und uns bei der Durchsetzung unserer Ansprüche wenn nötig unterstützen.

Ein Beispiel: Sie haben einen unverschuldeten Unfall, in dessen Folge Heilbehandlungskosten entstehen. Sie dürfen dann nicht ohne Rücksprache mit uns auf Ihre Ansprüche verzichten, also zum Beispiel auf Ihre Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner.

- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn Sie oder eine versicherte Person einen Anspruch auf Rückzahlung von Entgelten haben, weil:
 - Sie an einen Leistungserbringer ohne rechtlichen Grund gezahlt
und
 - dafür von uns vertraglich vereinbarte Leistungen erhalten haben.

3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Wenn Sie oder eine versicherte Person eine **Obliegenheit** aus dem Abschnitt C.1. verletzen, müssen wir ganz oder teilweise nicht leisten. Die in § 28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen müssen wir beachten.

(2) Wenn Sie oder eine versicherte Person **vorsätzlich** oder **grob fahrlässig** die **Obliegenheit** aus Abschnitt C.1. Absatz 4 verletzen, können wir das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung der **Obliegenheit** erfahren haben, erfolgen.

Ausnahme:

Dies gilt nicht für Versicherungsverhältnisse, die der Erfüllung der **Pflicht zur Versicherung** nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) dienen.

(3) Wenn Sie oder eine versicherte Person **vorsätzlich** die **Obliegenheiten** aus Abschnitt C.2. verletzen, gilt: Wir müssen nicht leisten, wenn wir wegen der **vorsätzlichen** Verletzung der **Obliegenheit** keinen Ersatz von dem Dritten oder dem Leistungserbringer erhalten können. Bei einer **grob fahrlässigen** Verletzung dieser **Obliegenheiten** dürfen wir unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen.

(4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

D. Ruhen des Versicherungsverhältnisses, Anwartschaftsversicherung und Ende der Versicherung

1. Ruhen des Versicherungsverhältnisses

(1) Wir können mit Ihnen das **Ruhen** der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis vereinbaren, wenn

1. vorübergehend eine **Pflicht zur Krankenversicherung** (Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung) besteht
oder
2. für eine versicherte Person vorübergehend durch eine Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes ein gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung besteht
oder
3. für eine versicherte Person Anspruch auf **freie Heilfürsorge** durch einen der folgenden Dienste besteht: einen vorübergehenden Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienst, eine gesetzliche Dienstpflicht oder einen freiwilligen Dienst.

Das **Ruhen** des Versicherungsverhältnisses können wir für alle oder für einzelne mitversicherte Personen vereinbaren.

In den Fällen der Ziffern 1 und 2 darf der Zeitraum des **Ruhens** nicht länger als 6 Monate sein. In den Fällen der Ziffer 3 können wir mit Ihnen vereinbaren, dass das Versicherungsverhältnis während der Dauer des Anspruchs auf **freie Heilfürsorge** ruht. Dies gilt aber maximal für 18 Monate.

Wenn Sie das **Ruhen** innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des **Ruhensgrundes** beantragen, stellen wir das Vertragsverhältnis rückwirkend um. Wenn Sie das **Ruhen** später beantragen, stellen wir das Vertragsverhältnis am 1. des nächsten Monats nach Ihrem Antrag um.

Voraussetzung:

Der Grund für das **Ruhen** besteht weiterhin.

(2) Wir leisten nicht während der **Ruhenszeit**. Vom Ende der **Ruhenszeit** an zahlen wir die vertraglichen Leistungen auch für solche Versicherungsfälle, die während der **Ruhenszeit** eingetreten sind. Wir erstatten die Kosten für Behandlungen, die nach dem Ende des **Ruhens** entstanden sind.

(3) Diese Regelungen gelten nicht für das **Ruhen** des Versicherungsvertrages bei Beitragsrückständen (Abschnitt B.1. Absatz 5).

2. Anwartschaftsversicherung

(1) Soll das Versicherungsverhältnis länger als 6 Monate **ruhen**, ist der Abschluss einer **Anwartschaftsversicherung** ab Beginn des **Ruhens** notwendig. In den Fällen des Abschnitts D.1. Absatz 1 Ziffer 3 gilt dafür ein Zeitraum von länger als 18 Monaten. Es gelten dafür die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die **Anwartschaftsversicherung** einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und ergänzenden Pflegeversicherung (AVB/AWV).

(2) Sie können statt der in Abschnitt A. 2. Absätze 2 und 3 geregelten Fortsetzung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses verlangen, dass wir dieses in eine **Anwartschaftsversicherung** umwandeln. Dafür müssen wir Ihre Erklärung spätestens 2 Monate nach dem Zeitpunkt der Fortsetzung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses in Textform (Brief, E-Mail, Fax) erhalten haben. Der genaue Zeitpunkt ist in Abschnitt A. 2. Absätze 2 und 3 festgelegt.

(3) Wenn die Voraussetzungen für eine **Anwartschaftsversicherung** nicht mehr bestehen, tritt die Versicherung taggenau wieder in Kraft. Voraussetzung dafür ist aber, dass die versicherte Person sich

- in Deutschland
oder
- in ihrem letzten Aufenthaltsland mit aktivem Versicherungsschutz aufhält.

Die Inkraftsetzung der in **Anwartschaft** stehenden Tarife müssen Sie spätestens 2 Monate nach Wegfall der Voraussetzungen beantragen.

Wir können den Versicherungsschutz auch mit einer separaten Vereinbarung wieder in Kraft setzen, wenn

- Sie die Frist von 2 Monaten nicht einhalten
oder
- die Voraussetzungen von D.1. Ziffern 1 oder 2 nicht erfüllt werden.

Wenn Sie diese Vereinbarung nicht annehmen, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats in dem Sie uns mitteilen, dass Sie die separate Vereinbarung nicht annehmen.

3. Kündigung durch Sie

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden **Versicherungsjahres** mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Sie können das Versicherungsverhältnis auch nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife kündigen.

(3) Wird eine versicherte Person versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, gilt: Sie können die Krankheitskosten-Vollversicherung oder eine dafür bestehende **Anwartschaftsversicherung** innerhalb von 3 Monaten rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Voraussetzung:

Sie weisen uns den Eintritt der Versicherungspflicht innerhalb von 2 Monaten nach, nachdem wir Sie dazu in Textform (Brief, E-Mail, Fax) aufgefordert haben. Ihre Kündigung ist unwirksam, wenn Sie die Frist versäumen und dies auch zu vertreten haben.

Bei einer wirksamen Kündigung müssen Sie den Beitrag nur bis zum Eintritt der Versicherungspflicht zahlen. Weisen Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht später nach, können Sie die Krankheitskosten-Vollversicherung oder eine dafür bestehende **Anwartschaftsversicherung** zum Ende des entsprechenden Monats kündigen. Dann müssen Sie den Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zahlen. Als Versicherungspflicht gilt auch der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf **Heilfürsorge** aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Sie können das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem eine der folgenden Änderungen in Kraft getreten ist:

- Durch eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag ändert sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters. Es gilt dann der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe.

Ein Beispiel: Ein Schüler vollendet das 15. Lebensjahr und muss im darauf folgenden Jahr den Beitrag für Studenten und Schüler statt des Beitrags für Kinder bezahlen.

- Der Beitrag ändert sich wegen einer vertraglich vereinbarten Umstellung auf Beiträge mit **Alterungsrückstellung**.

Ein Beispiel: Die versicherte Person ist nicht mehr Student oder Schüler und muss deshalb in den Erwachsenen-Tarif mit **Alterungsrückstellungen** wechseln.

Voraussetzung:

Eine Kündigung ist nur möglich, wenn sich der Beitrag für die versicherte Person durch die Änderung erhöht.

(5) Sie können das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung über eine der folgenden Änderungen erhalten haben:

- Wir erhöhen die Beiträge wegen der Beitragsanpassungsklausel (Abschnitt B.3.)
oder
- wir mindern unsere Leistungen nach Abschnitt F.3. Absatz 1.

Die Kündigung ist dann ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gültig.

Ausnahme:

Bei einer Erhöhung des Beitrags können Sie das Versicherungsverhältnis kündigen, bis die Erhöhung wirksam wird.

(6) Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die übrigen Teile der Versicherung aufheben. Dafür gilt eine Frist von 2 Wochen, nachdem Sie unsere Erklärung über die Vertragsänderung erhalten haben. Die Aufhebung ist dann zu folgenden Zeitpunkten wirksam:

- Bei Anfechtung oder Rücktritt: Zum Schluss des Monats, in dem Sie unsere Erklärung erhalten haben.
- Bei Kündigung: Ab dem Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam wird.

(7) Bei einem Versicherungsverhältnis das der Erfüllung der **Pflicht zur Versicherung** (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – siehe Anhang) dient, gelten folgende Voraussetzungen, damit eine Kündigung nach Absatz 1, 2, 4, 5 und 6 wirksam wird:

- Zeitgleich zur Vertragsbeendigung muss für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen werden. Dieser Vertrag muss die Anforderungen an die **Pflicht zur Versicherung** erfüllen.

und

- Sie müssen innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Erklärung der Kündigung nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Ausnahme:

Liegt der Termin, zu dem Sie kündigen, mehr als 2 Monate nach Ihrer Erklärung der Kündigung, müssen Sie uns den Nachweis bis zum Kündigungstermin senden.

Legen Sie uns diesen Nachweis nicht fristgerecht vor, ist die Kündigung unwirksam.

(8) Wenn Sie Ihre Krankheitskosten-Vollversicherung kündigen und gleichzeitig eine neue **substitutive Krankenversicherung** nach § 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) abschließen, haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die kalkulierten **Alterungsrückstellungen** der versicherten Person auf den neuen Versicherer übertragen. Für die Höhe der **Alterungsrückstellungen** gilt der im jeweiligen Tarif nach dem 31. Dezember 2008 aufgebaute **Übertragungswert** ab Beginn der Versicherung. Dies ist in § 146 Absatz 1 Ziffer 5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) geregelt.

Ausnahme:

Für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Tarife gilt dies nicht.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, können wir den **Übertragungswert** einbehalten bis der Beitrag vollständig bezahlt ist.

(10) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dabei müssen die versicherten Personen den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Die versicherten Personen müssen diese Erklärung innerhalb von 3 Monaten nach der Kündigung abgeben. Als bisheriger Versicherungsnehmer müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen Ihre Kündigungserklärung kannten. Sonst ist die Kündigung unwirksam.

(11) Werden für Ihre Tarife **Alterungsrückstellungen** gebildet, haben Sie und die versicherten Personen das Recht, den gekündigten Vertrag als **Anwartschaftsversicherung** fortzusetzen. Wir müssen den entsprechenden Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses innerhalb von 3 Monaten erhalten, nachdem die Kündigung wirksam wurde.

(12) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person weil eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten ist, können Sie ab dem Zeitpunkt der Versicherungspflicht die Umstellung in eine Krankheitskosten-Zusatzversicherung verlangen. Dafür führen wir keine erneute **Gesundheitsprüfung** durch und es gelten keine Wartezeiten.

Voraussetzungen:

- Der gewünschte Tarif ist für neue Kunden geöffnet
- und
- wir erhalten den Antrag auf Umstellung innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht
- und
- der Versicherungsschutz in der Krankheitskosten-Zusatzversicherung ist nicht höher oder umfassender als der bisherige.

Der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gilt als Versicherungspflicht.

Eine nach den **technischen Berechnungsgrundlagen** gebildete **Alterungsrückstellung** rechnen wir an.

4. Kündigung durch uns

- (1) Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht gelten weiterhin.
- (3) Wir können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- (4) Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt D.3. Absatz 10 Satz 1 bis 3 entsprechend.

5. Sonstige Gründe für die Beendigung eines Versicherungsverhältnisses

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben aber das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dabei müssen sie den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Die Erklärung müssen sie innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet das jeweilige Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn wir Sie in dem Land, in das Sie Ihren Aufenthalt oder gewöhnlichen Aufenthalt verlegt haben, nicht mehr versichern dürfen. Das kann beispielsweise zutreffen, wenn wir in diesem Land

eine Erlaubnis zum Betreiben des Versicherungsgeschäfts benötigen. Das Versicherungsverhältnis endet ab dem Zeitpunkt, von dem an wir Sie nicht mehr versichern dürfen.

Ausnahme:

Das Versicherungsverhältnis endet nicht, wenn Sie eine Umwandlung Ihres Versicherungsschutzes in eine **Anwartschaftsversicherung** beantragen.

(4) Bei einem rechtskräftigen Ehescheidungsurteil oder Trennungsurteil einer Lebenspartnerschaft nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz gilt folgende Regelung: Jeder Ehepartner/Lebenspartner hat das Recht, seinen Vertragsanteil als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dies gilt auch, wenn die Ehepartner/Lebenspartner getrennt leben.

E. Willenserklärungen und Informationen

Willenserklärungen und Informationen müssen Sie uns in Textform (Brief, E-Mail, Fax) senden.

Ausnahme:

Wir haben mit Ihnen eine erleichterte Form vereinbart (beispielsweise telefonisch).

F. Sonstige Bestimmungen

1. Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, wenn die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ausnahme:

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht können Sie nicht aufrechnen.

2. Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können Sie bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Darüber hinaus können Sie Klagen gegen uns auch bei dem Gericht an unserem Firmensitz einreichen.

(3) Unabhängig davon, wer klagt, ist in diesen Fällen das Gericht an unserem Firmensitz zuständig:

- Sie verlegen nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder
- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist uns zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderungen erscheinen zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer notwendig und
- ein unabhängiger Treuhänder hat die Voraussetzungen für die Änderungen geprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

(2) Wurde eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen.

Voraussetzungen:

- Dies ist zur Fortführung des Vertrags notwendig oder
- das Festhalten an dem Vertrag würde ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine **unzumutbare Härte** darstellen.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie das Vertragsziel wahrt und die Interessen der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die hierzu führenden Gründe mit. Zwei Wochen nach dieser Mitteilung wird die neue Regelung Bestandteil Ihres Vertrags.

4. Wechsel in den Basistarif

Sie können verlangen, dass eine versicherte Person in den Basistarif mit **Höchstbeitragsgarantie** und **Beitragsminderung** bei Hilfebedürftigkeit wechseln kann.

Voraussetzungen:

- Die bestehende Krankheitskosten-Vollversicherung der versicherten Person wurde erstmals nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen
oder
- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr vollendet
oder
- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, aber die Voraussetzungen für eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt
oder
- die versicherte Person bezieht ein **Ruhegehalt** nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
oder
- die versicherte Person ist hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch.

Der Wechsel ist jederzeit möglich, wenn die versicherte Person die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt. Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Basistarif folgt.

Damit wir die **Höchstbeitragsgarantie** und die **Beitragsminderung** im Basistarif durchführen können, erheben wir einen Zuschlag. Dieser Zuschlag ist in den **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.

5. Wechsel in den Standardtarif

Sie können verlangen, dass eine versicherte Person in den Standardtarif mit **Höchstbeitragsgarantie** wechseln kann.

Voraussetzungen:

- Die Krankheitskosten-Vollversicherung für die versicherte Person wurde vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen
und
- die versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2, 2a und 2b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang).

Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teilversicherung oder -Vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

Damit wir die Beitragsgarantie im Standardtarif durchführen können, erheben wir einen Zuschlag. Dieser Zuschlag ist in den **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbe-

hörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anwartschaftsversicherung: Die Anwartschaftsversicherung kann zur Erhaltung Ihrer Rechte aus dem Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen werden. Beispiele dafür sind die Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, des Anspruchs auf **freie Heilfürsorge** oder ein längerer Aufenthalt im Ausland. Eine vollständige Aufzählung der Voraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung garantiert bei Wegfall der Voraussetzung das Wiederaufleben des Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Dabei verzichten wir auf eine erneute **Gesundheitsprüfung**. Wenn bereits **Alterungsrückstellungen** gebildet wurden, rechnen wir diese beitragsenkend an.

Arglistige Täuschung liegt vor, wenn Tatsachen falsch dargestellt oder verschwiegen werden, beispielsweise bei Antworten auf die Gesundheitsfragen im Antrag. Der Täuschende weiß und will, dass sein Verhalten zu einem Irrtum beim Versicherer führt.

Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit betrifft ausschließlich den Basistarif. Ist eine Person hilfebedürftig, halbiert sich der Beitrag für den Basistarif, solange die Hilfebedürftigkeit besteht. Das gilt auch, wenn die Person erst durch die Zahlung des Beitrags für den Basistarif hilfebedürftig werden würde. Ob Hilfebedürftigkeit besteht, bestimmt sich nach sozialrechtlichen Vorschriften.

Beitreibungskosten sind Kosten, die uns entstehen, wenn wir eine Forderung zwangsweise durchsetzen müssen. Das sind beispielsweise Gerichtsvollzieherkosten oder Pfändungskosten.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit. Beobachtungseinheiten für die Tarife dieser AVB sind Erwachsene einschließlich Studenten und Schüler (ab 16 Jahre) sowie Kinder.

Europäischer Wirtschaftsraum: Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) ist eine vertiefte Freihandelszone zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Vertragsstaaten sind die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir beispielsweise vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmendeckung und die Beitragsberechnung.

Gleichartiger Versicherungsschutz: Gleichartigkeit zwischen zwei Tarifen liegt vor, wenn die Tarifleistungen denselben Leistungsbereichen zuzuordnen sind. Leistungsbereiche sind zum Beispiel die Kostenerstattung für die ambulante Heilbehandlung, die stationäre Heilbehandlung oder Zahnbehandlung und Zahnersatz. Zwischen einer **substitutiven Krankenversicherung** und einem Ergänzungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Zusatzversicherung) besteht keine Gleichartigkeit.

Grobe Fahrlässigkeit beschreibt eine innere Einstellung zu einer Handlung. Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders hohem Maße verletzt. Selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende wird nicht beachtet.

Ein Beispiel: Einfahren in eine Kreuzung bei Rotlicht.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Höchstbeitragsgarantie: Der Beitrag im Basistarif und im Standardtarif ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

Krankenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt: Seit 01.01.2009 sind alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Diese Krankenversicherung muss Leistungen für die ambulante und stationäre Behandlung vorsehen. Wir können eine Krankenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nicht kündigen.

Kriminogene Indikation: Eine der Indikationen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch. Bei dieser besteht Grund zu der Annahme, dass die Schwangerschaft Folge einer Sexualstraftat ist.

Länderspezifischer Beitragszuschlag: Dieser Beitragszuschlag wird in Ländern erhoben, deren Gesundheitsausgaben deutlich höher sind als die Gesundheitsausgaben in Deutschland. Eine Liste dieser Länder ist unter www.sdk.de/laenderspezifischerbeitragszuschlag aufgeführt. Der Beitragszuschlag wird ab dem 183. Tag des Aufenthalts (in diesen Ländern) erhoben.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir beispielsweise, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Notlagentarif: Zum 01. August 2013 eingeführter einheitlicher Tarif der Privaten Krankenversicherungen. Versicherte, die Ihre Beiträge nicht zahlen, stellen wir nach einem Mahnverfahren in den Notlagentarif um. Sie zahlen dort niedrige Beiträge. Die Leistungen sind allerdings im Wesentlichen auf Schmerzzustände und akute Erkrankungen begrenzt.

Obliegenheiten sind Mitwirkungspflichten. Werden diese nicht beachtet, können daraus nachteilige Folgen entstehen.

Ein Beispiel: Wir können Sie auffordern, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob wir leisten müssen. Nehmen Sie die ärztliche Untersuchung nicht wahr, können unsere Leistungen gemindert werden oder ganz entfallen.

Palliativ-Versorgung: siehe **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

Risikozuschlag: Für die meisten Tarife führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung: Die in der Privaten Krankenversicherung entstehenden Überschüsse (siehe **Überschussbeteiligung**) müssen den Versicherten nicht unmittelbar zugeteilt werden. Sie können auch der sogenannten Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt werden.

Die zugewiesenen Beträge dürfen wir grundsätzlich nur für die **Überschussbeteiligung** der Versicherten verwenden. In Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten für andere Zwecke verwenden.

Ruhegehalt erhält ein Beamter oder Richter nach Eintritt in den Ruhestand.

Ruhen (Ruhensversicherung, Ruhensgrund, Ruhenszeit): Beim Ruhen werden die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vorübergehend außer Kraft gesetzt. Obwohl der Vertrag weiterhin besteht, müssen Sie keine Beiträge zahlen und wir müssen nicht leisten. Dieser Zustand kann nur für eine vorher bestimmte Zeit (Ruhenszeit) und nur in besonderen Fällen bestehen. Ruhensgründe sind beispielsweise der vorübergehende Eintritt einer Versicherungspflicht oder vorübergehende Freiwilligendienste.

Ruhen des Vertrages nach Beitragsrückstand: Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen, kann der Vertrag ebenfalls ruhen. Dafür ist ein gesetzlich vorgeschriebenes Mahnverfahren notwendig. Das **Ruhen** tritt dann ohne eine besondere Vereinbarung zwischen Ihnen und uns ein. Während der **Ruhenszeit** sind Sie im **Notlagentarif** versichert. Die Beiträge müssen Sie weiterhin zahlen.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Die Palliativ-Versorgung ist ausgerichtet auf die Schmerzlinderung, aber nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) bezeichnet ein Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Sterbewahrscheinlichkeit stellt die Sterblichkeit von Personen abhängig von deren Alter dar. Nach der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung müssen Sterbewahrscheinlichkeiten bei der Berechnung des Beitrags berücksichtigt werden.

Stundung: Wenn jemand unerwartet vereinbarte Zahlungen nicht leisten kann, kann der Vertragspartner die Zahlung stunden. Das bedeutet: Die Zahlung muss erst zu einem späteren Zeitpunkt geleistet werden. Durch die Stundung gerät der Zahlungspflichtige nicht in Verzug und die Forderung kann auch nicht eingeklagt werden.

Substitutive Krankenversicherung bezeichnet eine Versicherung, die ganz oder teilweise den gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Dies trifft in der Regel auf die Krankheitskosten-Vollversicherung zu.

Tarifwechselrecht: Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Änderung seines Vertrages. Das bedeutet: Sie haben das Recht, in einen anderen Tarif mit **gleichartigem Versicherungsschutz** zu wechseln. Dabei rechnen wir die **Alterungsrückstellung** an.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Überschussbeteiligung: Nach der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung sind die Rechnungsgrundlagen, die zur Berechnung der Prämien und der **Alterungsrückstellungen** dienen, mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen. Dies ist notwendig, um den Versicherungsschutz langfristig gewährleisten zu können. Durch die einzukalkulierenden Sicherheiten entstehen zwangsläufig Überschüsse, beispielsweise, wenn wir höhere Zinserträge erwirtschaften als eingerechnet. Überschüsse können auch durch ein positives Risikoergebnis entstehen, also wenn die tatsächlichen Kosten in den Tarifen geringer sind als eingerechnet.

An den Überschüssen beteiligen wir die Versicherten in der Privaten Krankenversicherung nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Arten der Überschussverwendung sind beispielsweise die Minderung von Beitragserhöhungen oder die Senkung der Beiträge.

Übertragungswert ist ein Teil der gebildeten **Alterungsrückstellungen** der bei einem Wechsel des Versicherers mitgegeben wird.

Unverzüglich: Eine Handlung soll ohne unnötige, nicht durch die Sachlage begründete Verzögerung vorgenommen werden. Als Obergrenze für ein unverzügliches Handeln gilt ein Zeitraum von zwei Wochen.

Unzumutbare Härte: Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einem Vertragspartner nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist beispielsweise für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Versicherungsjahr ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

Vorsatz bezeichnet die innere Einstellung der handelnden Person. Vorsätzlich handelt, wer weiß und will, dass durch sein Handeln ein bestimmter Zweck verwirklicht wird.

Ein Beispiel: Auf die ausdrückliche Frage im Antrag wird eine Knieoperation, an die man sich sehr gut erinnert, bewusst nicht angegeben. Ziel ist es, einen Vertrag ohne Beitragszuschlag abzuschließen.

Willenserklärung: Kundgabe (Erklärung) des Willens einer Person, die einen Erfolg beabsichtigt. Beispielsweise eine Kündigungserklärung, die das Ende eines Vertrags herbeiführen soll.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung

des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

...

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

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der Fassung bis 31.12.2008)

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

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

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