



ADVIGON



Ihre Verbraucherinformation

Private Zusatzversicherung
März 2023

Übersicht

| | |
|--|-----------|
| Herzlich willkommen bei der Advigon | 3 |
| Was ist im Leistungsfall zu tun? | 4 |
| Wichtige Informationen | 6 |
| Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung | 10 |
| Mitteilung über die Folgen einer Obliegenheitsverletzung | 12 |
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | |
| Grundbedingungen | 13 |
| Tarife | |
| AZL | 30 |
| AZM | 33 |
| Anhang AZL und AZM | 36 |

DER VERSICHERUNGSVERTRAG wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

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

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



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

Wir freuen uns, Sie in der Advigon Produktwelt zu begrüßen. Uns liegt die Gesundheit und Zufriedenheit unserer Kunden sehr am Herzen. Dies spiegelt sich sowohl in unseren Produkten als auch im Kundenservice wider. Wir bieten Ihnen eine persönliche Kundenberatung, schnelle und flexible Lösungen und zeitgemäß maßgeschneiderte Produkte im ambulanten und stationären Ergänzungsschutz für gesetzlich Krankenversicherte.

Was verbirgt sich auf den nächsten Seiten?

Diese Broschüre informiert Sie über alle Fragen, die Ihren Versicherungsvertrag betreffen; insbesondere sind darin Angaben über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes enthalten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind rechtsverbindlich und regeln alle gegenseitigen Rechte und Pflichten.

Die AVB setzen sich aus Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung und den Tarifen der Advigon zusammen.

Für alle Fragen sind wir gerne für Sie da.

Hier finden Sie alle wichtigen Kontaktdaten auf einen Blick:

Kontakt zu Vertragsfragen:

TEL: 040 5555-4010
FAX: 040 5555-4041
E-MAIL: kv-vertrag@advigon.com
WEB: www.advigon.com

Advigon Versicherung AG
KV-Vertragsservice
20911 Hamburg

Kontakt zu Leistungsfragen:

TEL: 040 5555-4050
FAX: 040 5555-4041
E-MAIL: kv-leistung@advigon.com
WEB: www.advigon.com

Advigon Versicherung AG
KV-Leistungsservice
20911 Hamburg

Ihre Advigon Versicherung AG



Ihre Krankenzusatzversicherung: Was ist im Leistungsfall zu tun?

Liebe Kundin, lieber Kunde,

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

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

- **Rechnungseinreichungen:** Nutzen Sie die Advigon Rechnungs-App, das Kontaktformular auf der Webseite oder senden Sie uns den Vordruck zum Leistungsantrag inkl. Rechnungen per E-Mail oder Post.
- **Behandlungsrechnungen:** Bei ambulanten und stationären Behandlungsrechnungen ist die Angabe von Diagnosen erforderlich.
- **Zahnarztrechnungen:** Bei Zahnersatzrechnungen benötigen wir die dazugehörigen Material- und Laborkostenbelege sowie den Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines anderen Kostenträgers. Diesen Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers benötigen wir auch bei Zahnbehandlungsrechnungen.
- **Transportkosten:** Zur Erstattung der Transportkosten zum und vom Krankenhaus im Rahmen einer vollstationären Behandlung benötigen wir die Originalrechnung mit Fahrtdatum, Diagnose und Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse (GKV).
- **Heil- und Kostenplan:** Bei geplantem Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen usw.) können Sie uns vor Behandlungsbeginn gern einen Heil- und Kostenplan einreichen. Wir werden ihn prüfen und Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung informieren.
- **Zuzahlung für verordnete Arznei- und Verbandmittel:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel benötigen wir eine Kopie der von der Apotheke quittierten und abgestempelten Verordnung. Bei Bezug aus einer Versand- oder Internetapotheke reichen Sie uns eine Kopie der Verordnung mit der dazugehörigen Rechnung ein. Bitte beachten Sie auch, dass diese Rezepte zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme gesammelt, z. B. halbjährlich, eingereicht werden sollten.
- **Zuzahlung bei Heilmittelanwendungen:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Heilmittelanwendungen benötigen wir die Quittung über die geleistete Zuzahlung sowie eine Kopie der vom Arzt ausgestellten Verordnung mit Behandlungsdaten und der Diagnose.
- **Sehhilfen:** Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn, bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von 250 EUR. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn beträgt die maximale Erstattung 50 EUR innerhalb der ersten 24 Monate.

- **Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung benötigen wir die Originalrechnungen mit einer Bestätigung der Aufnahme- und Entlassungsdaten sowie der Diagnose.
- **Zuzahlung bei einem Krankentransport:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei einem Krankentransport zum oder vom Krankenhaus benötigen wir die Originalrechnung mit Fahrtdatum und Diagnose.
- **Unerwartete Krankenhausaufenthalte:** Sollten Sie kurzfristig ins Krankenhaus müssen, geben Sie in der Patientenverwaltung Ihre Versicherungsnummer bekannt. Sofern das Krankenhaus einen Kostenübernahmeantrag bei uns stellt, prüfen wir, ob wir die Unterbringungskosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen können.
- **Geplante Krankenhausaufenthalte:** Bei geplanten Krankenhausaufenthalten rufen Sie uns bitte an - wir können Ihnen sagen, ob wir in diesem Einzelfall weitere Unterlagen benötigen. Bitte beachten Sie die Informationen, die Ihnen das Krankenhaus vor der Aufnahme gibt.



Wichtige Informationen

Die folgenden Informationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrags bei der Advigon Versicherung AG.

Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf.
Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

Ihr Versicherer

Advigon Versicherung AG, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

Sitz: Vaduz
Eingetragen im Handelsregister des Fürstentums
Liechtenstein
FL-0002.181.006-7

Gesetzlich Vertretungsberechtigte der Advigon Versicherung AG

Geschäftsleitung:
Kai-Uwe Blum, Godehard Laufköter, Rinaldo Manetsch

Hauptgeschäftstätigkeit der Advigon Versiche- rung AG

Die Advigon Versicherung AG betreibt die direkte
Kranken- und Lebensversicherung.

Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach
279, Landstrasse 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

Grundlagen und wesentliche Merkmale der Versi- cherung

Die Grundlage des Vertrags sind Ihr Antrag bzw. Ihre
Angebotsanforderung, der Versicherungsschein sowie
die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grund-
bedingungen für die Krankheitskosten- und Kranken-
haustagegeldversicherung nach Art der Schadenver-
sicherung und Tarife).

Anwendbares Recht

Das Vertragsverhältnis (einschließlich der Beziehun-
gen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des
Versicherungsvertrags) unterliegt dem deutschen
Recht.

Leistungen des Versicherers

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine
Krankenversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen
Krankenversicherung. Bei medizinisch notwendiger
Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen
besteht Leistungsanspruch in der Krankheitskosten-
versicherung auf Ersatz von Aufwendungen für Heil-
behandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Die
wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrags
und des Umfangs der Versicherungsleistungen ent-
nehmen Sie bitte den beigefügten Informationsblättern
zu Versicherungsprodukten und den weiteren genann-
ten Vertragsunterlagen. Die Versicherungsleistungen
sind fällig mit Beendigung der für die Feststellung des
Versicherungsfalles und des Leistungsumfangs erfor-
derlichen Erhebungen. Damit Ihre Leistungen
schnellstmöglich ausgezahlt werden können, benöti-
gen wir von Ihnen die entsprechenden Nachweise.
Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den §§ 6 und 9
der Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der
Schadenversicherung.

Beitragshöhe

Sie können die Beitragshöhe dem Versicherungsan-
trag entnehmen. Sollte der dort aufgeführte Beitrag
unrichtig berechnet oder ein dort nicht ausgewiesener
Zuschlag zu erheben sein, wird Ihnen der tatsächlich
zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt; dieser
bedarf Ihrer Zustimmung. In diesem Fall ist der Inhalt
der gesonderten Mitteilung maßgeblich.

Zusätzliche Kosten

Es fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Gebühren
für Sie an. Die Krankenversicherung ist nach § 4
Abs. 1 Nr. 5 b) Versicherungssteuergesetz grundsätz-
lich steuerfrei.

Beitragszahlung

Die Fälligkeit der Beiträge richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich oder jährlich). Die Beiträge werden im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren jeweils zum Ersten der von Ihnen gewünschten Zahlungsperiode von Ihrem Konto eingezogen.

Gültigkeitsdauer der Informationen

Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge (einschließlich Risikozuschläge) können sich aufgrund von Beitragsanpassungen gemäß § 8b oder Altersumstufungen gemäß § 8a der Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig. Gemäß § 13 Abs. 3 bzw. 4 der oben genannten Grundbedingungen haben Sie bei Beitragserhöhungen ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Zustandekommen des Vertrags

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

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein als „Beginn“ bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf von Wartezeiten.

Vertragslaufzeit

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

Vertragsbeendigung

Sie können den Versicherungsvertrag (mit Kenntnis der versicherten Person) mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf eines jeden Monats schriftlich kündigen. Zusätzliche Informationen zur Beendigung Ihrer Versicherung - auch aufgrund von Beitragserhöhungen - finden Sie in den §§ 13 bis 15 der jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Vertragsklausel über zuständiges Gericht

Klagen gegen die Advigon 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 Europäischen Union 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 Advigon Versicherung AG und dem Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Vertrags erfolgt auf Deutsch.

Hinweise zur zukünftigen Beitragsentwicklung

Der hohe Qualitätsstandard und die Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie der medizinische Fortschritt sind Gründe dafür, dass die Ausgaben für die Gesundheit - und damit die Krankenversicherungsbeiträge - in den vergangenen Jahren stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten gestiegen sind. Aus diesem Grund sind Beitragserhöhungen in der Vergangenheit notwendig gewesen und werden voraussichtlich auch in der Zukunft notwendig sein. Aber auch Beitragssenkungen sind im Rahmen einer Beitragsanpassung üblich.

Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, in andere gleichartige Tarife oder in Tarife mit geringeren Leistungen und somit niedrigeren Beiträgen zu wechseln.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Advigon Versicherung AG,
Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN,

E-Mail: kv-vertrag@advigon.com,
Fax: 040 5555-4041.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsbeitrag

zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2 Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

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

- gang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung



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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Advigon Versicherung AG, Postfach 1130, Drescheweg 1 in 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

be Fahrlässigkeit vorliegt.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Aus-

übung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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



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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und 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, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles 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.



Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung Allgemeine Versicherungsbedingungen

Version 01.2023

In diesem Druckstück:

Teil I

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

In gesonderten Druckstücken:

Teil II

Tarif

Advigon Versicherung AG, Postfach 1130, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Teil I

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

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 19 Beschwerdemöglichkeiten

Anhang

- Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch V

Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. 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.

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

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

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund 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 Vorsorgeuntersuchun-

gen),

c) Tod,

d) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden,

e) Zahnprophylaxe und über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen, und

f) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen

soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (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 EU oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen

hätte.

- (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.

ten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

- (7) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 - 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 oder den Lebenspartner¹ gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (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 wäh-

¹ Die männliche Form schließt hier und in der Folge alle Geschlechter ein.

rend eines Kalenderjahres, mindern sich die Beiträge 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-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden 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 Nahrung und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate, Vitaminpräparate, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. Ä. sowie vom Heilbehandelnden 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.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versi-

cherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Per-

son oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

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, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder 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 an-

deres vorsieht;

e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz - siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) bei Ergänzungstarifen für gesetzlich versicherte Personen für Zuzahlungen, sofern diese die gemäß § 62 SGB V für die versicherte Person geltende Belastungsgrenze überschreiten;

h) 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. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) 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.

(3) 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 Entlas-

sungstag 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

- (1) Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich, jedoch spätestens nach 14 Tagen, nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.
- (5) 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.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Vorausset-

zungen 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.

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Bei-

trags 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.

(8) 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 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 Ver-

sicherer 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 Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 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 Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ih-

res 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 Krankheitskosten-

versicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsbe-
rechtigung in der gesetzlichen Krankenversiche-
rung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer ver-
pflichtet, den Versicherer von der anderen Versi-
cherung 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 des laufenden Monats, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres (§8 (1)), 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 zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen 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 folgt.
- (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.

§ 19

Beschwerdemöglichkeiten

Unser Beschwerdemanagement

- (1) Sie können sich jederzeit an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Advigon Versicherung AG
Beschwerdemanagement
Postfach 1130
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: bm@advigon.com
Internet: www.advigon.com

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal

nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen:

Schlichtungsstelle

- (2) Sie können sich an die Schlichtungsstelle für Versicherungen wenden. Diese erreichen Sie derzeit wie folgt:

Schlichtungsstelle im Finanzdienstleistungsbereich
Postfach 343
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@schlichtungsstelle.li
Internet: www.schlichtungsstelle.li

Die Schlichtungsstelle ist unabhängig. Die Teilnahme am Schlichtungsverfahren erfolgt sowohl für Sie als Konsument als auch für uns als Versicherer freiwillig. Bei Verfahren vor der Schlichtungsstelle gemäß Alternative Streitbeilegungsgesetz haben Konsumenten einen Kostenbeitrag von CHF 50,00 zu leisten. Im Übrigen ist das Verfahren kostenlos.

- (3) Wenn Sie Konsument sind und den Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an die zuständige Schlichtungsstelle weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

- (4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Auf-

sicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Finanzmarktaufsicht Liechtenstein (FMA). Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Bitte beachten Sie, dass die FMA keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

- (5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode

Vertragsbestandteil.

- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

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

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines 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 Fest-

stellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- 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 Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

- (1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden

hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt 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 infolge dessen 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.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 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 Ver-

sicherers 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 auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Die §§ 43 bis 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 Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann wideruflich 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; ... ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;
 - ...
- (3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

...

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Lebenspartnerschaft

Nach dem 30. September 2017 können Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts nicht mehr begründet werden. [... Das Lebenspartnerschaftsgesetz] gilt für:

1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und
2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist

§ 62 Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt le-

ben. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1

aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

(4) (weggefallen)

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.



Tarif AZL

Ergänzungstarif für Zahnersatz und Zahnbehandlung für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 07.2021

Der Tarif AZL ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Neben diesem Tarif dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahnprophylaxe und erweiterte Schmerztherapie bestehen.

Advigon Versicherung AG, Postfach 1130, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif AZL können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der 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 AZL 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

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

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

Im Ausland erbrachte Zahnleistungen im Umfang der Ziffern 1.1 – 1.7 sind im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und

Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugesagt hat. Die im Ausland erbrachten Leistungen sind auf die Kosten, die in Deutschland angefallen wären, begrenzt. Generell wird bei geplanten umfangreichen Zahnersatzbehandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

1.1. Zahnersatz

Für zahnärztliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen, erstattet der Versicherer:

- **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Vorleistungen der GKV oder anderer Kostenträger werden von der maximal möglichen Erstattung abgezogen.

Als Zahnersatz gelten:

- Zahnprothesen,
- Zahnkronen, Teilkronen,
- Zahnbrücken,
- Stiftzähne, Inlays,
- Keramikverblendschalen (Veneers),
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz,
- Begleitleistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen.

Zu den implantologischen Leistungen zählen:

- zahnärztliche Leistungen der Diagnostik (z. B. implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen)
- Implantationen
- mit der Implantation im Zusammenhang stehende weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen
- Freilegung des Implantats

1.2. Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, zusammen mit den Leistungen einer GKV oder eines sonstigen Kostenträgers max. **100 %**.

Als erstattungsfähige Zahnbehandlung (jeweils inklusive zahntechnischer Leistungen) gelten:

- Kunststoff- und Kompositfüllungen (dentinadhäsive Konstruktionen / Füllungen),
- Wurzelbehandlungen inkl. elektrometrischer Wurzellängenmessung, Behandlung mit dem OP-Mikroskop,
- Mikroinvasive Kariesinfiltration,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Fissurenversiegelung,
- Parodontosebehandlungen

Zu den parodontologischen Leistungen zählen ausschließlich:

- Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus (GOZ 4000),
- Erhebung mind. eines Gingivalindizes und/oder eines Parodontalindizes (GOZ 4005),
- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Parodontalchirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn (GOZ 4070),
- Parodontalchirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn (GOZ 4075),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138).

1.3. Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, bis zur Höchstsumme von **140 EUR** je Versicherungsjahr, die Leistung für Professionelle Zahnreinigung ist auf **70 EUR** je Behandlung begrenzt, zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers max. **100 %**.

Als Zahnprophylaxe gelten die professionelle Zahnreinigung gemäß der Definition der GOZ 1040 sowie die Mundhygienekontrolle (GOZ 1010).

1.4. Behandlungen ohne Beteiligung der GKV oder sonstigen Kostenträgern

Erfolgt keine Beteiligung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers reduziert sich der max. Erstattungsprozentsatz auf **60 %**.

Davon ausgenommen sind im Tarif AZL versicherte Behandlungen, für die grundsätzlich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers besteht.

1.5. Heil- und Kostenplan

Generell empfehlen wir die Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei geplanten umfangreicheren Behandlungen.

Im Ausland erbrachte Zahnleistungen sind erstattungsfähig, wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat.

1.6. Erweiterte Schmerztherapie

Im Zusammenhang mit einer versicherten zahnärztlichen Leistung ist auch die erweiterte Schmerztherapie zu **100 %** erstattungsfähig.

Hierzu zählen ausschließlich

- Akupunktur,
- Vollnarkose bei Implantatinsertion bzw. nach Zustimmung des Versicherers,
- Lachgas-Sedierung und
- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf).

1.7. Einschränkung der Erstattung

Voraussetzungen für funktionsanalytische und therapeutische Leistungen

Es besteht nur dann Leistungspflicht, wenn mindestens fünf Zähne im Rahmen einer Behandlung mit Zahnersatz versorgt werden, sowie bei einer Versorgung mit Aufbissbehelfen und Schienen.

Wartezeiten

Für die versicherten Leistungen entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Leistungsbegrenzungen

Die Gesamterstattung der unter 1.1. bis 1.6. aufgeführten Leistungen beträgt im Tarif AZL:

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.000 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **2.000 EUR**,

- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **3.000 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **4.000 EUR**.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

- bei einem Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn des Tarifs ereignet.
- nach Ablauf des 48. Monats ab Versicherungsbeginn.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang geregelt, der integrierender Bestandteil des Tarifs ist.



Tarif AZM

Ergänzungstarif für Zahnersatz und Zahnbehandlung für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 03.2023

Der Tarif AZM ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Neben diesem Tarif dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahnprophylaxe und erweiterte Schmerztherapie bestehen.

Advigon Versicherung AG, Postfach 1130, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif AZM können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der 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 AZM 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

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

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

Im Ausland erbrachte Zahnleistungen im Umfang der Ziffern 1.1 – 1.7 sind im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und

Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugesagt hat. Die im Ausland erbrachten Leistungen sind auf die Kosten, die in Deutschland angefallen wären, begrenzt. Generell wird bei geplanten umfangreichen Zahnersatzbehandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

1.1. Zahnersatz

Für zahnärztliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen, erstattet der Versicherer:

- 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Vorleistungen der GKV oder anderer Kostenträger werden von der maximal möglichen Erstattung abgezogen.

Als Zahnersatz gelten:

- Zahnprothesen,
- Zahnkronen, Teilkronen,
- Zahnbrücken,
- Stiftzähne, Inlays,
- Keramikverblendschalen (Veneers),
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz,
- Begleitleistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen.

Zu den implantologischen Leistungen zählen:

- zahnärztliche Leistungen der Diagnostik (z. B. implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen)
- Implantationen
- mit der Implantation im Zusammenhang stehende weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen
- Freilegung des Implantats

Leistungen gemäß 1.1. werden zu **100 %** erstattet, sofern eine Regelversorgung der GKV ausschließlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

ohne privatärztliche Anteile durchgeführt wird.

1.2. Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung **75 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, zusammen mit den Leistungen einer GKV oder eines sonstigen Kostenträgers max. **75 %**.

Als erstattungsfähige Zahnbehandlung (jeweils inklusive zahntechnischer Leistungen) gelten:

- Kunststoff- und Kompositfüllungen (dentinadhäsive Konstruktionen / Füllungen),
- Wurzelbehandlungen inkl. elektrometrischer Wurzellängenmessung, Behandlung mit dem OP-Mikroskop,
- Mikroinvasive Kariesinfiltration,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Fissurenversiegelung,
- Parodontosebehandlungen

Zu den parodontologischen Leistungen zählen ausschließlich:

- Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus (GOZ 4000),
- Erhebung mind. eines Gingivalindizes und/oder eines Parodontalindizes (GOZ 4005),
- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Parodontalchirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn (GOZ 4070),
- Parodontalchirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn (GOZ 4075),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbauggebiet (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138).

1.3. Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, bis zur Höchstsumme von max. **90 EUR** je Versicherungsjahr.

Als Zahnprophylaxe gelten die professionelle Zahnreinigung gemäß der Definition der GOZ 1040 sowie die Mundhygienekontrolle (GOZ 1010).

1.4. Behandlungen ohne Beteiligung der GKV oder sonstigen Kostenträgern

Erfolgt keine Beteiligung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers reduziert sich der max. Erstattungsprozentsatz auf **45 %**.

Davon ausgenommen sind im Tarif AZM versicherte Behandlungen, für die grundsätzlich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers besteht.

1.5. Heil- und Kostenplan

Generell empfehlen wir die Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei geplanten umfangreicheren Behandlungen.

Im Ausland erbrachte Zahnleistungen sind erstattungsfähig, wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat.

1.6. Erweiterte Schmerztherapie

Im Zusammenhang mit einer versicherten zahnärztlichen Leistung ist auch die erweiterte Schmerztherapie zu **75 %** erstattungsfähig.

Hierzu zählen ausschließlich

- Akupunktur,
- Vollnarkose bei Implantatinsertion bzw. nach Zustimmung des Versicherers,
- Lachgas-Sedierung und
- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf).

1.7. Einschränkung der Erstattung

Voraussetzungen für funktionsanalytische und therapeutische Leistungen

Es besteht nur dann Leistungspflicht, wenn mindestens fünf Zähne im Rahmen einer Behandlung mit Zahnersatz versorgt werden, sowie bei einer Versorgung mit Aufbissbehelfen und Schienen.

Wartezeiten

Für die versicherten Leistungen entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Leistungsbegrenzungen

Die Gesamterstattung der unter 1.1. bis 1.6. aufgeführten Leistungen beträgt im Tarif AZM:

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **600 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.200 EUR**,

- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.800 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **2.400 EUR**.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

- bei einem Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn des Tarifs ereignet.
- nach Ablauf des 48. Monats ab Versicherungsbeginn.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang geregelt, der integrierender Bestandteil des Tarifs ist.



Anhang zu den Tarifen AZL und AZM

Tarifbeiträge

Version 03.2023

Die Beiträge werden in Abhängigkeit des erreichten Alters erhoben. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

**Advigon Versicherung AG, Postfach 1130,
Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN.**

Monatliche Raten des Tarifgrundbeitrags in EUR:

| Alter | AZL | AZM |
|-----------|-------|-------|
| 0 bis 25 | 9,20 | 5,69 |
| 26 bis 35 | 27,90 | 14,98 |
| 36 bis 50 | 36,90 | 22,60 |
| 51 bis 55 | 43,90 | 27,10 |
| 56 bis 60 | 48,00 | 29,80 |
| ab 61 | 54,50 | 32,30 |



Wir sind für Sie da: unser telefonischer Kundenservice

Telefonische Betreuung bei Vertrags- und Leistungsfragen

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

Für Fragen zu Ihrem bestehenden Vertrag:

VertragsLine 040 5555-4010

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr

Für Fragen im Leistungsfall:

LeistungsLine 040 5555-4050

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr
