Bedingungen für die stationäre Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte Vertragsgrundlage Tarif SZL und Tarif SZS

Versicherungsfall und Leistungen

1 Was ist versichert? Wer kann versichert werden? Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

3 An wen und wann zahlen wir die Leistung?

4 Welche Folgen haben falsche oder unvollständige Angaben vor Vertragsschluss?

5 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

6 Wann können Sie ein neugeborenes Kind ohne Gesundheitsprüfung versichern?

Vertrag und Beitrag

7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

8 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

9 Wie kann der Vertrag gekündigt werden? Wann endet der Vertrag?

Weitere Regelungen

10 Was gilt für Mitteilungen?

11 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

12 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

13 Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?

14 Wann verjähren die Ansprüche?

Für die stationäre Zusatzversicherung stehen zwei Tarifvarianten zur Verfügung:
- Tarif SZL mit Bildung einer Alterungsrückstellung ab dem 21. Lebensjahr
- Tarif SZS ohne Bildung einer Alterungsrückstellung mit planmäßiger Erhöhung des Beitrags

Beide Tarife sind mit Ausnahme der ausdrücklich in den Ziffern 1.1, 8.7 – 8.9 und 9.9 beschriebenen Abweichungen identisch.

Versicherungsfall und Leistungen

1 Was ist versichert? Wer kann versichert werden? Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen, Schwangerschaft und Entbindung.
Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für stationäre (teil-, vor-, nach- und vollstationäre) Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen.
Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Wird eine Heilbehandlung auf eine andere Krankheit ausgedehnt, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.
Als Versicherungsfall gilt auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Tarif SZS:
In den Tarif SZS nehmen wir Personen mit einem Eintrittsalter von 21 bis 60 Jahren auf.

1.2 Unsere Leistungen umfassen:

Wahlleistungen
Wir erstatten Wahlleistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung.
Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer. Wahlleistungen sind auch gesondert berechenbare ärztliche und medizinische Leistungen (z. B. Chefarzt, Belegarzt sowie Beleghebamme und Belegentbindungspfleger).

Ersatzkrankenhaustagegeld
Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft sowohl im Ein- als auch im Zweibettzimmer zahlen wir ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 50 Euro.
Wird nur die Unterbringung im Zweibettzimmer gesondert berechnet, erstatten wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro.
Machen Sie keine gesondert berechenbaren ärztlichen und medizinischen Leistungen geltend, zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 Euro.
Das Ersatzkrankenhaustagegeld beläuft sich somit auf maximal 100 Euro für jeden Tag Aufenthalt im Krankenhaus.

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erhalten ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 50 Prozent der genannten Beträge. Das Ersatzkrankenhaustagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären - nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären - Heilbehandlung.

Vor- und nachstationäre Heilbehandlung
Wir ersetzen gesondert berechenbare Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung.
Für die vorstationäre Heilbehandlung sind Leistungen auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Heilbehandlung begrenzt.
Die nachstationäre Heilbehandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung nicht überschreiten.

Ambulante Operationen
Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus erstatten wir im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ/GOZ, soweit Ihnen diese nach Vorleistung durch die GKV verbleiben. Voraussetzung ist, dass die ambulante Operation eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming-In)
Wir ersetzen die Unterbringungs- und Verpflegungskosten für einen Erziehungsberechtigten, der bei einem versicherten Kind in stationärer Behandlung im Krankenhaus übernachtet. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Eine Erstattung erfolgt nur, soweit die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten nicht übernimmt.

Freie Krankenhauswahl
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern einschließlich Bundeswehrkrankenhäusern. Voraussetzung ist, dass die Krankenhäuser unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien geleistet.

Allgemeine Krankenhausleistungen
Die allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt in der Regel komplett die GKV. Verbleiben ausnahmsweise nach Vorleistung der GKV dennoch Aufwendungen gilt hierfür:
Wir ersetzen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen.
Können Sie keine Vorleistung der GKV nachweisen, ersetzen wir die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn die versicherte Person ohne Zustimmung ihrer Krankenkasse eine Privatklinik aufsucht.

Untersuchungs-/Behandlungsmethoden
Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung oder einem schulmedizinischen Arzneimittel angefallen wäre.

Erstattungsfähige Aufwendungen
Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit diese den Bemessungsgrundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch **über den Höchstsätzen** der GOÄ/GOZ liegende Aufwendungen. Diese müssen durch krankheits- oder befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ/GOZ angemessen sein.
Aufwendungen für Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Hebammengebührenordnung liegen.

Auslandsaufenthalt
Leistungen erhalten Sie für Versicherungsfälle im Gebiet der Europäischen Union sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
Außerhalb dieser Staaten besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt - bis zu zwei Monaten - Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über den vorübergehenden Aufenthalt hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz. Dies gilt solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Für längere Auslandsaufenthalte außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums ist Versicherungsschutz gesondert zu vereinbaren.
Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit diese auch entsprechend der jeweils gültigen GOÄ/GOZ berechnet werden können.

1.3 **Kein Versicherungsschutz besteht für:**

- nach Vertragsschluss eingetretene Versicherungsfälle für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt,
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (hierzu zählen auch Anschlussheilbehandlungen) der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Zwangseinweisung aufgrund gesetzlicher Regelungen bedingte vollstationäre Unterbringung,
- gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus,
- auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen,
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

2 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

2.1 Es bestehen folgende Obliegenheiten:

Für die Zahlung der Leistung sind als Nachweise Rechnungen im Original einzureichen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Ferner müssen Rechnungen Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein. Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

Sie und die versicherten Personen müssen jede für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderliche Auskunft erteilen. Auf unser Verlangen muss die versicherte Person die behandelnden Ärzte/Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Sie muss sich durch einen von uns beauftragten Arzt/Zahnarzt untersuchen lassen.

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit alles für ihre Genesung zu tun und Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.

2.2 Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt: Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen. Ist die Verletzung der Obliegenheit nachweislich

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

ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungsanspruch in jedem Fall.
Die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

3 An wen und wann zahlen wir die Leistung?

3.1 Leistungen können nur Sie verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform einen Versicherten als Empfangsberechtigten benennen. In diesem Fall kann ausschließlich dieser die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine

- Abtretung oder
- Verpfändung

von Leistungsansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Dies gilt hinsichtlich der Abtretung nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfänger das hiermit verbundene Risiko und anfallende Kosten.

3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können. Nach Vorlage aller zur Leistungsprüfung notwendigen Unterlagen gilt: Wir erklären innerhalb von 10 Tagen in welchem Umfang wir leisten.

3.4 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse. Für diese gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Erwerben Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbelege nachweisen.

4 Welche Folgen haben falsche oder unvollständige Angaben vor Vertragsschluss?

4.1 Sie müssen alle von uns in Textform gestellten Fragen bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Dies nennt man vorvertragliche Anzeigepflicht. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen auf die Richtigkeit Ihrer Angaben.

4.2 Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

Rücktritt

4.3 Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies ist nicht möglich, wenn weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt. Auch bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir in bestimmten Fällen kein Rücktrittsrecht. Dies gilt, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten. Andere Bedingungen können zum Beispiel ein Risikozuschlag oder Leistungseinschränkungen sein.

4.4 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht in Ausnahmefällen bestehen. Ein Ausnahmefall liegt vor, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand nachweislich weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Bei arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht leisten wir nicht.

4.5 Bei einem Rücktritt steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

Kündigung

4.6 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag kündigen. Hierbei müssen wir eine Frist von einem Monat einhalten. Wir können nicht kündigen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos erfolgte.

4.7 Kein Kündigungsrecht besteht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten.

Rückwirkende Vertragsanpassung

4.8 Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, können wir jedoch nicht vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen, weil wir den Vertrag – wenn auch zu anderen Bedingungen – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, gilt Folgendes: Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies gilt nicht, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos erfolgte.

4.9 Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. Ihr Kündigungsrecht besteht nur, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.

- Wir erhöhen wegen der Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 Prozent.
- Wir schließen den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus.

In unserer Mitteilung über die Vertragsanpassung weisen wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

Ausübung unserer Rechte

4.10 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu:

- Wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wenn wir den nicht angezeigten oder unrichtig angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit nicht kannten.

4.11 Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt, wenn wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Wir können unsere Entscheidung in der Folge mit weiteren Umständen begründen. Dies gilt nur, sofern uns diese noch nicht länger als einen Monat bekannt sind. Unsere genannten Rechte erlöschen fünf Jahre nach Vertragsschluss. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

4.12 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Annahmeentscheidung durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst wird. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären. Dies gilt auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

4.13 Auch bei einer Anfechtung steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

4.14 Die vorgenannten Rechte und Regelungen bei einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gelten bei einer nachträglichen Erweiterung oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes entsprechend. Die oben genannten Fristen beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

4.15 Unsere Rechte üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus. Diese geben wir Ihnen gegenüber bzw. gegenüber einer von Ihnen bevollmächtigten Person ab.

5 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie können einen Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung verlangen. Dies gilt nur wenn die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem neuen Tarif erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet. Möchte die versicherte Person in einen neuen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen wechseln, gilt Folgendes: Wir können für die Mehrleistung

- einen Leistungsausschluss oder
- einen angemessenen Risikozuschlag

verlangen. Die Vereinbarung eines Risikozuschlags können Sie dadurch abwenden, dass Sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Findet ein Wechsel von Tarif SZL nach Tarif SZS statt, so bleibt die für Tarif SZL gebildete Alterungsrückstellung erhalten. Wir rechnen diese bei einem Rückwechsel an.

6 Wann können Sie ein neugeborenes Kind ohne Gesundheitsprüfung versichern?

Nach der Geburt eines Kindes kann dieses ohne Gesundheitsprüfung im Tarif SZL versichert werden. Voraussetzung hierfür ist, dass ein Elternteil mindestens drei Monate im Tarif SZL oder im Tarif SZS versichert ist. Ferner muss die Anmeldung zur Versicherung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgen. Für die Anmeldung zur Versicherung übersenden Sie uns die amtliche Geburtsurkunde. Der Versicherungsschutz beginnt unmittelbar nach der Geburt. Dieser darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Sind diese Voraussetzungen für eine Mitversicherung des Neugeborenen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten, Gebrechen und Geburtsanomalien.

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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Bei der Versicherung von Neugeborenen ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten. Bei der Versicherung von adoptierten Kindern ist der Beitrag von dem auf die Adoption folgenden Monat an zu zahlen.

Vertrag und Beitrag

7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn. Eine Wartezeit gibt es nicht. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

8 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

8.1 Die Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig. Er wird jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.

8.2 Erteilen Sie uns ein SEPA-Mandat, buchen wir den Beitrag bei Fälligkeit ab. Sie müssen sicherstellen, dass wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können. Auch müssen Sie dafür sorgen, dass einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Können wir den fälligen Beitrag wiederholt nicht einziehen, fordern wir Sie in Textform zur Zahlung auf. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Die Zahlung ist dann rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Aufforderung erfolgt.

8.3 Erteilen Sie uns kein SEPA-Mandat, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.

8.4 Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn Sie nicht rechtzeitig zahlen. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen. Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch unbezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Deckung nicht durchgeführt hätte.

8.5 Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen, mahnen wir Sie in Textform. Das Gleiche gilt, wenn Sie diesen nicht rechtzeitig zahlen. In der Mahnung setzen wir eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wir können den Vertrag kündigen, wenn Sie den Rückstand nicht fristgerecht begleichen. Tritt der Versicherungsfall

- nach Fristablauf ein und
- waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug,

sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

8.6 Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Forderung

- von uns anerkannt oder
- rechtskräftig festgestellt

ist.

8.7 **Tarif SZL:**
Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Diese richtet sich nach dem erreichten Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre.
Für versicherte Personen, die das 16. und 21. Lebensjahr vollenden, ist im Tarif SZL vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Tarif SZS:
Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein. Er richtet sich nach dem erreichten Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre. Für versicherte Personen, die das 31., 41., 51., 56., oder 61. Lebensjahr vollenden, ist im Tarif SZS vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

8.8 **Tarif SZL:**
Wir berücksichtigen bei einer Änderung der Beiträge das erreichte Lebensalter der versicherten Person. Als erreichtes Lebensalter gilt die Anzahl der vollendeten Lebensjahre der versicherten Person. Dabei ist der Zeitpunkt maßgeblich, zu dem die Änderung wirksam wird. Dies gilt auch bei einer Änderung des Versicherungsschutzes. Wir rechnen eine Alterungsrückstellung entsprechend den festgelegten Grundsätzen in den technischen Berechnungsgrundlagen an. Dadurch ergibt sich ein Nachlass auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter. Damit berücksichtigen wir das Eintrittsalter der versicherten Person. Soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, gilt:
Eine

- Erhöhung der Beiträge
  oder eine
- Minderung der Leistungen

wegen des Älterwerdens der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ist ausgeschlossen. Die Neufestsetzung des Beitrages wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

8.9 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungsausgaben ändern. Gründe hierfür können zum Beispiel sein:

- steigende Heilbehandlungskosten
- häufigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- steigende Lebenserwartung.

Daher vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dies führen wir für jede Beobachtungseinheit der Tarife SZL und SZS durch. Im Tarif SZL gibt es die Beobachtungseinheiten

- Kinder/Jugendliche
- Erwachsene.

Im Tarif SZS gibt es nur die Beobachtungseinheit Erwachsene. Bei Tarif SZL vergleichen wir zudem die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt. Die Abweichung der Versicherungsleistungen darf nach übereinstimmender Beurteilung durch den Treuhänder und uns jedoch nicht nur vorübergehend sein. Dabei können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern. Dies gilt auch für die Höhe des Ersatzkrankenhaustagegeldes. Die Änderungen und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderungen werden zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

9 Wie kann der Vertrag gekündigt werden? Wann endet der Vertrag?

9.1 **Das Versicherungsverhältnis endet durch Kündigung. Diese wird nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.**

- **Sie können den Versicherungsschutz insgesamt oder für einzelne versicherte Personen ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.**
- **Erreicht eine versicherte Person ein bestimmtes Lebensalter mit der Folge, dass ein höherer Beitrag einer anderen Altersgruppe zu zahlen ist, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung kündigen.**

9.2 Ihr Vertrag endet spätestens **mit Ihrem Ableben.**

9.3 Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Tod berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt, abzugeben. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu leisten.

9.4 Auf unser ordentliches Kündigungsrecht verzichten wir. Das Versicherungsverhältnis können wir damit nur außerordentlich kündigen (etwa bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung oder einfacher fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht). Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung die Aufhebung des gesamten Vertrags zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird.
Wird der Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung von uns wirksam gekündigt, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklären; der Beitrag ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und dem Recht zur Fortsetzung ihres Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht der versicherten Person endet zwei Monate nachdem sie davon Kenntnis erlangt hat.

9.5 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass wir höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten.

Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nach außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder nach außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Dies gilt nicht, soweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird.

9.6 Bei **Tod einer versicherten Person** endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

9.7 Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

9.8 Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle, die zu diesem Zeitpunkt noch andauern (schwebende Versicherungsfälle).

9.9 **Tarif SZS:**
Der Tarif SZS endet spätestens zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 66. Lebensjahr vollendet. Wir passen den Versicherungsvertrag für die betroffene Person zu erleichterten Bedingungen wie folgt an:

Wir stellen die Versicherung nach Tarif SZS in den Tarif SZL um. Diese Umstellung ermöglichen wir ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Versicherung im Tarif SZL beginnt im unmittelbaren Anschluss an

die Beendigung des Tarifs SZS. Der Beitrag für den Tarif SZL richtet sich nach dem erreichten Eintrittsalter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Umstellung. Das Eintrittsalter ist die Anzahl der zum Zeitpunkt der Umstellung vollendeten Lebensjahre. Eine eventuell vorhandene Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bestehende Zuschläge für ein erhöhtes Risiko werden zu den gleichen Prozentsätzen auf den neuen Tarif übertragen. Bestehende Leistungsausschlüsse werden unverändert im neuen Tarif fortgeführt. Wenn Sie die Umstellung in Tarif SZL nicht wünschen, müssen Sie uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung der Vertragsanpassungen mitteilen. Wir beenden den Versicherungsvertrag dann zum Zeitpunkt der Umstellung.

Weitere Regelungen

10 Was gilt für Mitteilungen?

10.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas Anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z. B. Textform) oder
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertragssprache ist deutsch.

10.2 Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Ihres Namens

nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

11 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de. Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Nähere Informationen hierzu finden Sie in der Kundeninformation (nach § 1 VVG-InfoV).

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

12 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

12.1 Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

12.2 Sie können eine Klage gegen uns an das für

- Ihren Wohnsitz oder
- unseren Sitz

zuständige Gericht richten.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb

- der EU oder
- der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum,

können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

12.3 Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

13 Können sich Ihre Vertragsbedingungen zukünftig ändern?

13.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Bedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Dies gilt nur, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats nach Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie, wirksam.

Erhöht sich hierdurch der Beitrag, können Sie kündigen. Dies ist nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung möglich. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

13.2 Wird durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde

eine Vertragsbestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht. Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

14 Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zeitpunkt an dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.