

AVB/NLT 2013 - Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif

Stand: 01.07.2022, SAP-Nr.: 330944, 06.2022

A. Versicherungsfähigkeit

(1) Der Notlagentarif wird von den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung aufgrund gesetzlicher Verpflichtung und in einheitlicher Form als

- **Tarifstufe NLTN** sowie als
- **Tarifstufe NLTB** mit einer Erstattung der Behandlungskosten zu 20, 30 oder 50 Prozent unterhalten.

(2) Versicherungsfähig in **Tarifstufe NLTN** sind Personen, wenn ihre der Pflicht nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genügende Versicherung nach den gesetzlichen Vorschriften des § 193 Absatz 6 VVG ruht.

(3) Versicherungsfähig in **Tarifstufe NLTB** sind Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, sowie ihre bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn ihre der Pflicht nach § 193 Absatz 3 VVG genügende Versicherung nach den gesetzlichen Vorschriften des § 193 Absatz 6 VVG ruht.

(4) Versicherungsfähig in den Tarifstufen NLTN und NLTB sind zudem Versicherte, deren Leistungen aus dem Vertrag am 01. August 2013 gemäß § 193 Absatz 6 VVG in der bis dahin geltenden Fassung ruhend gestellt sind.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Rahmen der nachfolgenden Regelungen ausschließlich für Aufwendungen, die zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, und für sonstige Leistungen des Notlagentarifs.

Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(2) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 1 ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustands; bei versicherten Kindern und Jugendlichen die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Der Versicherungsfall endet bei Kindern und Jugendlichen, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht; bei anderen versicherten Personen endet der Versicherungsfall, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit wegen der akuten Erkrankung bzw. des Schmerzzustands nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine akute Krankheit ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft, und ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des § 218a Absatz 2 und 3 Strafgesetzbuch durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen;
- für Kinder und Jugendliche Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 Infektionsschutzgesetz empfiehlt;
- teilstationäre und stationäre Versorgung in einem Hospiz;
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung;
- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen chronischer Erkrankung, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund in einem absehbaren Zeitraum zu einer

erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit zu einer akuten Erkrankung führt.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil AVB/NLT 2013, Tarif NLT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere § 153 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Unter den im Tarif genannten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch genommen werden.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union 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.

(7) Ein Wechsel aus dem Notlagentarif in einen anderen Tarif ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz in diesem Tarif beginnt mit dem Ruhen des Vertrages. Tritt der Versicherungsfall vor diesem Zeitpunkt ein, bestimmt sich die Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt nach diesen Bedingungen. Für nicht teilbare Kostenpositionen von Heilbehandlungen, die vor dem Beginn des Versicherungsschutzes nach Satz 1 begonnen haben und danach fortgesetzt werden, bestimmt sich die Leistungspflicht gemäß den Bedingungen des Notlagentarifs zeitanteilig. Dies gilt auch, wenn der Versicherer für die Heilbehandlung vor dem Zeitpunkt der Versicherung im Notlagentarif eine Leistungszusage erteilt hat.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt in dem Tarif, in dem der Elternteil versichert war, bevor er als im Notlagentarif versichert gilt, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

Im Notlagentarif bestehen keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe, Umfang und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die zur vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte).

(3) Arznei-, Verband-, und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern vor deren Bezug verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, einschließlich der Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern nach Maßgabe der Abschnitte B und D des Tarifs NLT.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung sowie bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang nur für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

(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 Versicherungsnehmer 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 Person 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 Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z. B. Sterilisation, ästhetische Operationen, Tätowierungen, Piercings) zugezogen hat, sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner i.S.v. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- f) für ambulante Psychotherapie;
- g) für Heilmittel, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht;
- h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- i) für Kosten des Rücktransports aus dem Ausland.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer 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 folgenden Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, erbracht sind:

- a) Es sind Rechnungsoriginale oder gegebenenfalls deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die erbrachten Leistungen einzureichen.
- b) Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Entschädigungen und Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten, die Vertragsarzt Nummer und das Institutionskennzeichen des Krankenhauses enthalten.
- c) Arzneimittelverordnungen sollen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers eingereicht werden, es sei denn, dass der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vermerkt hat. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein; außerdem müssen die Pharmazentralnummer und das Apothekenkennzeichen aufgedruckt werden. Rechnungen über Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen, Hilfsmittelrechnungen müssen die Hilfsmittelnummern des Hilfsmittelverzeichnisses der Gesetzlichen Krankenversicherung ausweisen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.
- d) Die nach Buchstaben a) bis c) geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

(3) Der Versicherer wird durch Leistung an den Versicherungsnehmer von seiner Leistungspflicht frei. Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang stattdessen unmittelbar an den Leistungserbringer, wenn dieser ihm einen den Anforderungen von Absatz 1 genügenden Nachweis übersendet. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt, worüber er zu informieren ist.

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt eine Benennung nach Satz 1 vor und reicht die versicherte Person einen den Anforderungen von Absatz 1 genügenden Nachweis zur Erstattung ein, ohne zu belegen, dass die Forderung des Leistungserbringers erfüllt ist, ist der Versicherer berechtigt, unmittelbar an den Leistungserbringer zu leisten. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt, worüber die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer zu informieren ist. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann vorbehaltlich von Absatz 3 nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes im Notlagentarif

(1) Der Versicherungsschutz im Notlagentarif endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war. Wird der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuches, wird der Vertrag ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war; der Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist durch Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nachzuweisen. In den Fällen der Sätze 1 und 2 ist die versicherte Person so zu stellen, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif stand, abgesehen von den

während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit durchgeführte Prämienanpassungen, Anpassungen des Selbstbehaltes sowie des Risikozuschlages und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab diesem Zeitpunkt auch für die versicherte Person.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Prämienzahlung

(1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Prämie ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Die Pflicht zum Ausgleich der im Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Prämienrückstände aus der ursprünglichen, die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG erfüllende Krankenversicherung zuzüglich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten bleibt von der Prämienzahlungspflicht im Notlagentarif unberührt und besteht auch nach Beendigung des Versicherungsschutzes im Notlagentarif fort.

(3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(4) Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes gemäß § 193 Absatz 6 S. 2 VVG einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten.

§ 8a Prämienberechnung und -begrenzung

(1) Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Für die für den Versicherten zu zahlenden Prämien wird im Notlagentarif die Alterungsrückstellung gemäß § 153 Absatz 2 S. 6 VAG in der Weise angerechnet, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

(2) Für die Dauer der Versicherung im Notlagentarif entfallen Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte.

(3) Die zu zahlende Prämie ist für die versicherte Person begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung und der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch jeweils bekannt gegebenen Höhe wird hinzugerechnet.

Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder mit vergleichbaren Ansprüchen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

(4) Solange eine Versicherung nach dem Notlagentarif besteht, kann der Versicherer verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen.

§ 8b Prämienanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Prämien überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Von einer solchen Prämienanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(2) Sind die zu zahlenden Prämien infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Prämien gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung des Höchstbeitrages angeglichen werden.

(3) Prämienanpassungen gemäß Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt; Prämienangleichungen gemäß Absatz 2 werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam.

§ 9 Obliegenheiten und Pflichten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Die versicherte Person ist vor Behandlungsbeginn verpflichtet, gegenüber den in § 4 Absatz 2 und 4 genannten Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Nachweises auf ihren Versicherungsschutz im Notlagentarif hinzuweisen.

Hündigt der Versicherer der bei ihm versicherten Person statt des Nachweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer für die versicherte Person zwingend.

Ein vom Versicherer ausgegebener Ausweis über den Versicherungsschutz (Card für Privatversicherte) darf mit Beginn der Versicherung im Notlagentarif nicht mehr verwendet werden; er ist dem Versicherer unverzüglich zurückzugeben.

(5) Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Prämienzahlungspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Lauf des Versicherungsjahres bemisst sich nach den Bestimmungen des Ursprungstarifs.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht die Prämie in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Prämien aufgrund der Prämienanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Prämienhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Die Kündigung nach den Absätzen 1, 2 und 4 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in dem Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, 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.

(7) Die Kündigung erstreckt sich auch auf den Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war.

(8) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, ist der Versicherer berechtigt, den Übertragungswert bis zum Ausgleich des Rückstandes zurückzubehalten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben für den Fall unberührt, dass dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen, insbesondere der Verpflichtung gemäß § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.

(2) Das Kündigungsrecht nach § 38 VVG bleibt unberührt, wenn der Versicherte nicht mehr der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG unterliegt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, 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 Absatz 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Notlagentarifs 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 Vertrags 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.

(3) Die im Notlagentarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge gemäß § 75 Absatz 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassen-zahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassen-zahnärztlichen Bundesvereinigungen

andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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