Versicherungsbedingungen für den Tarif OptionFlexiMed (OFM02)

Der Tarif OptionFlexiMed beinhaltet Optionen zum Abschluss einer Krankenversicherung.

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Wenn neben dem Tarif OptionFlexiMed bei uns für die versicherte Person weitere Verträge bestehen, können dafür andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen für den Tarif OptionFlexiMed nicht.

Der Tarif hat die Kurzbezeichnung OFM02.

Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung.

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Inhalt der vereinbarten Optionen und die Voraussetzungen, die für die Ausübung dieser Optionen erfüllt sein müssen.

		Seite
1.	Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)	1
2.	Regelungen zum Versicherungsschutz	1
3.	Vereinbarte Optionen	1
3.1	Option auf Abschluss einer substitutiven Krankenversicherung	1
3.2	Option auf Abschluss einer Zusatzversicherung	3

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

		Seite
1.	Vorvertragliche Anzeigepflicht	5
2.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	5

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

		Seite
1.	Beginn des Versicherungsschutzes	7
2.	Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen	7
3.	Ihr Recht zur Kindernachversicherung	7
4.	Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes	7
5.	Fortsetzung des Versicherungsvertrags	8
6.	Deutsches Recht	9
7.	Beschwerdemöglichkeiten	9
8.	Zuständiges Gericht	9
9.	Verjährung	9
10.	Aufrechnung	9

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→schriftlich"

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Inhalt der vereinbarten Optionen und die Voraussetzungen, die für die Ausübung dieser Optionen erfüllt sein müssen.

1. Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?
1.2 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

1.2 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Erforderliche Eigenschaften während der Versicherung nach diesem Tarif

a) Erforderliche Eigenschaften
Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie noch nicht 50 Jahre alt ist.

Profisportler sind nicht versicherungsfähig.

b) Begriffserläuterung Profisportler
Ein Profisport liegt vor, wenn die →versicherte Person für ihre sportliche Betätigung Einkünfte erhält, von denen sie vollständig oder zum überwiegenden Teil ihren Lebensunterhalt bestreiten kann. Zu den Einkünften zählen vor allem Gehälter, Prämien, Preisgelder, Werbeeinnahmen und Zuwendungen in Geld oder durch geldwerte Mittel durch andere Personen oder Einrichtungen (zum Beispiel Mäzenatentum, Sponsoring oder Leistungen der Sporthilfe).

(2) Beendigung des Tarifs bei Wegfall einer erforderlichen Eigenschaft
Mit Wegfall einer nach Absatz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

2. Regelungen zum Versicherungsschutz

Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für den Tarif OptionFlexiMed,
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

3. Vereinbarte Optionen

Dieser Tarif beinhaltet die Option auf Abschluss einer →substitutiven Krankenversicherung (Ziffer 3.1) sowie die Option auf Abschluss einer Zusatzversicherung (Ziffer 3.2).

3.1 Option auf Abschluss einer substitutiven Krankenversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

3.1.1 Welche Option ist vereinbart?
3.1.2 Welche speziellen Voraussetzungen gelten zur Ausübung der Option?
3.1.3 Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen und welche Besonderheiten gelten bei den Tagegeld-Tarifen und Tarifen der Pflege-Pflichtversicherung?
3.1.4 Wann kann die Option ausgeübt werden?
3.1.5 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?
3.1.6 Welche Vorversicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten des neuen Tarifs an?
3.1.7 Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

3.1.1 Welche Option ist vereinbart?

Die →versicherte Person hat das Recht, im Rahmen einer →substitutiven Krankenversicherung bei uns Tarife der
- Krankheitskosten-Versicherung,
- Krankentagegeld-Versicherung,
- Krankenhaustagegeld-Versicherung,
- Kurkosten-Versicherung,
- privaten Pflege-Pflichtversicherung und
- Pflegetagegeld-Zusatzversicherung

nach den folgenden Regelungen abzuschließen.

3.1.2 Welche speziellen Voraussetzungen gelten zur Ausübung der Option?

Für die Ausübung der Option muss die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsschutzes ihren Wohnsitz in Deutschland haben.

Für den Neuabschluss einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung bei uns gelten zusätzlich folgende Voraussetzungen für die Ausübung der Option:

(1) Voraussetzung für gesetzlich Versicherte
Wenn die →versicherte Person gesetzlich krankenversichert ist, müssen für sie bei Ausübung der Option

- die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder der Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung weggefallen sein und
- es darf keine freiwillige Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) fortbestehen.

(2) Voraussetzung für Privatversicherte eines anderen Versicherers
Wenn für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer bereits eine→substitutive Krankheitskosten-Versicherung besteht, muss diese zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsschutzes beendet sein.

(3) Voraussetzung für Heilfürsorgeberechtigte
Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis hat, muss dieser zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsschutzes weggefallen oder beendet sein.

3.1.3 Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen und welche Besonderheiten gelten bei den Tagegeld-Tarifen und Tarifen der Pflege-Pflichtversicherung?

(1) Auswahl von Tarifen (Grundsatz)
Die Option nach Ziffer 3.1.1 erstreckt sich nur auf Tarife,
- die für den Neuzugang geöffnet sind und
- bei denen die →versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt.

(2) Änderung bestehender Verträge
Die Option beinhaltet in der Krankheitskosten-Versicherung nicht Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Ein Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in den sonstigen Versicherungen nach Ziffer 3.1.1 ist nur möglich, wenn dieser gleichzeitig mit dem Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung bei uns erfolgt. Dies gilt entsprechend für die Erhöhung von Tagessätzen.

(3) Tarifbesonderheiten

a) Tagegeld-Tarife
In den Tagegeld-Tarifen besteht kein Anspruch auf den Abschluss eines weiteren Vertrags, wenn bereits ein Vertrag im identischen Tarif besteht.

b) Private Pflege-Pflichtversicherung
Die Tarife der privaten Pflege-Pflichtversicherung können nur zusammen mit einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung und nur zu den Zeitpunkten gemäß Ziffer 3.1.4 Absätze 1 bis 3 abgeschlossen werden.

c) Versicherungssummen für die Pflegetagegeld-Zusatzversicherung
Für die Tarife der Pflegetagegeld-Zusatzversicherung können folgende Versicherungssummen abgeschlossen werden:
- Tagegeld von insgesamt bis zu 80 Euro, wenn die →versicherte Person jünger als 16 Jahre ist, und bis zu 150 Euro, wenn sie mindestens 16 Jahre alt ist.
- eine Einmalzahlung von bis zu 15.000 Euro.

Die versicherte Person kann den Abschluss einer höheren Versicherungssumme für den von ihr gewünschten Tarif verlangen, soweit dies nach unseren Verkaufsrichtlinien vorgesehen ist. Maßgeblich sind die Verkaufsrichtlinien bei der Ausübung der Option.

d) Leistungsumfang in der Krankentagegeld-Versicherung
Die →versicherte Person kann Krankentagegeld-Tarife abschließen, die maximal folgenden Leistungsumfang beinhalten:
- für Arbeitnehmer ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- für Selbstständige ein Krankentagegeld ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

3.1.4 Wann kann die Option ausgeübt werden?

(1) Monatliche Ausübung für die substitutive Krankheitskosten-Versicherung
Die →versicherte Person kann die Umstellung des Versicherungsschutzes in einen der nach Ziffer 3.1.3 abschließbaren Tarife der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung zum Ersten eines jeden Monats beantragen.

Dafür muss uns der Antrag auf Ausübung der Option spätestens einen Tag vor dem gewünschten Umstellungszeitpunkt vorliegen.

(2) Substitutive Krankheitskosten-Versicherung bei Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung
Unabhängig von dem in Absatz 1 genannten Zeitpunkt kann die →versicherte Person die Umstellung in einen der nach Ziffer 3.1.3 abschließbaren Tarife der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung auch beantragen, wenn
- für sie die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder der Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung weggefallen ist und
- sie rückwirkend aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 188 Absatz 4 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch ausgetreten ist.

In diesem Fall stellen wir den Versicherungsschutz rückwirkend zu dem Zeitpunkt um, zu dem der Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt.

(3) Substitutive Krankheitskosten-Versicherung bei Beendigung des Optionstarifs
Wenn der Tarif für die →versicherte Person endet, weil
- sie 50 Jahre alt wird oder
- die Höchstversicherungsdauer nach Teil C Ziffer 4.1 Absatz 2 erreicht wird,

kann sie die Umstellung in einen der nach Ziffer 3.1.3 abschließbaren Tarife der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung auch zum Ersten des Monats beantragen, der auf die Beendigung des Tarifs folgt.

Dafür muss uns der Antrag auf Ausübung der Option spätestens einen Tag vor dem gewünschten Umstellungszeitpunkt vorliegen.

(4) Ausübung für sonstige Versicherungen
Für Tarife der
- Krankentagegeld-Versicherung,
- Krankenhaustagegeld-Versicherung,
- Kurkosten-Versicherung und
- Pflegetagegeld-Zusatzversicherung

gelten die Zeitpunkte nach den Absätzen 1 und 2 entsprechend, wenn ihr Abschluss zusammen mit der Umstellung in einen Tarif der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung bei uns beantragt wird.

Andernfalls kann eine Umstellung in diese Tarife nur jeweils zum 1. Januar des 3., 5., 7. oder 9. Versicherungsjahrs oder zu dem in Absatz 3 genannten Zeitpunkt beantragt werden.

Bei einer Verlängerung der Höchstversicherungsdauer nach Teil C Ziffer 4.1 Absatz 2 b) kann die Umstellung auch jeweils zum 1. Januar des 13., 15., 17. oder 19. Versicherungsjahrs beantragt werden.

Der Antrag auf Ausübung der Option muss uns spätestens einen Tag vor dem gewünschten Umstellungszeitpunkt vorliegen.

3.1.5 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?

Wenn die →versicherte Person die Option fristgerecht ausübt, werden wir den Antrag auf Abschluss der nach Ziffer 3.1.3 abschließbaren Tarife ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen. Besondere vertragliche Vereinbarungen werden an den jeweiligen Leistungsumfang des neuen Tarifs angeglichen.

3.1.6 Welche Vorversicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten des neuen Tarifs an?

Wenn die Umstellung in einen Tarif beantragt wird, der Wartezeiten vorsieht, rechnen wir die in der gesetzlichen Krankenversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten dieses Tarifs an. Dafür gelten die Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif.

3.1.7 Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

Nach Umstellung des Versicherungsschutzes muss für die bei uns abgeschlossenen Tarife jeweils der Beitrag der Altersgruppe gezahlt werden, die die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung erreicht hat.

3.2 Option auf Abschluss einer Zusatzversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

3.2.1 Welche Option ist vereinbart?
3.2.2 Welche Voraussetzung gilt zur Ausübung der Option?
3.2.3 Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen und welche Besonderheiten gelten?
3.2.4 Wann kann die Option ausgeübt werden?
3.2.5 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?
3.2.6 Welche Vorversicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten des neuen Tarifs an?
3.2.7 Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

3.2.1 Welche Option ist vereinbart?

(1) Gesetzlich Versicherte und Heilfürsorgeberechtigte
Wenn die →versicherte Person gesetzlich krankenversichert ist oder Anspruch auf Heilfürsorge hat, kann sie bei uns im Rahmen einer Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung oder zur Ergänzung der Heilfürsorge Tarife der
- Krankheitskosten-Versicherung,
- Krankentagegeld-Versicherung,
- Krankenhaustagegeld-Versicherung,
- Kurkosten-Versicherung und
- Pflegetagegeld-Zusatzversicherung

nach den folgenden Regelungen neu abschließen. Die Option beinhaltet nicht Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die Erhöhung von Tagessätzen.

(2) Versicherte mit einer substitutiven Krankenversicherung (Privat Krankenversicherte)
Wenn die →versicherte Person eine →substitutive Krankenversicherung hat, kann sie zur Ergänzung dieser Versicherung bei uns Tarife der
- Krankentagegeld-Versicherung,
- Krankenhaustagegeld-Versicherung,
- Kurkosten-Versicherung und
- Pflegetagegeld-Zusatzversicherung

nach den folgenden Regelungen neu abschließen. Die Option beinhaltet nicht Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die Erhöhung von Tagessätzen.

3.2.2 Welche Voraussetzung gilt zur Ausübung der Option?

Die Ausübung der Option setzt voraus, dass die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsschutzes ihren Wohnsitz in Deutschland hat.

3.2.3 Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen und welche Besonderheiten gelten?

(1) Auswahl von Tarifen (Grundsatz)
Die Option nach Ziffer 3.2.1 erstreckt sich nur auf Tarife,
- die für den Neuzugang geöffnet sind,
- die nicht selbst eine Option auf den Abschluss anderer Tarife enthalten und
- bei denen die →versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt.

(2) Tarifbesonderheiten

a) Besonderheiten bei Krankheitskosten-Tarifen
Für die Leistungsbereiche
- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung und
- Zahnersatz

kann jeweils nur ein Krankheitskosten-Tarif abgeschlossen werden.

b) Tagegeld-Tarife
In den Tagegeld-Tarifen besteht kein Anspruch auf den Abschluss eines weiteren Vertrags, wenn bereits ein Vertrag im identischen Tarif besteht.

c) Versicherungssummen für die Pflegetagegeld-Zusatzversicherung
Für die Tarife der Pflegetagegeld-Zusatzversicherung können folgende Versicherungssummen abgeschlossen werden:
- Tagegeld von insgesamt bis zu 80 Euro, wenn die →versicherte Person jünger als 16 Jahre ist, und bis zu 150 Euro, wenn sie mindestens 16 Jahre alt ist.
- eine Einmalzahlung von bis zu 15.000 Euro.

Die versicherte Person kann den Abschluss einer höheren Versicherungssumme für den von ihr gewünschten Tarif verlangen, soweit dies nach unseren Verkaufsrichtlinien vorgesehen ist. Maßgeblich sind die Verkaufsrichtlinien bei der Ausübung der Option.

d) Leistungsumfang in der Krankentagegeld-Versicherung
Die →versicherte Person kann Krankentagegeld-Tarife abschließen, die maximal folgenden Leistungsumfang beinhalten:
- für Arbeitnehmer ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- für Selbstständige ein Krankentagegeld ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

3.2.4 Wann kann die Option ausgeübt werden?

(1) Jeweils nach 2 Versicherungsjahren
Die →versicherte Person kann die Umstellung des Versicherungsschutzes in die nach Ziffer 3.2.3 abschließbaren Tarife jeweils zum 1. Januar des 3., 5., 7. oder 9. Versicherungsjahrs beantragen.

Bei einer Verlängerung der Höchstversicherungsdauer nach Teil C Ziffer 4.1 Absatz 2 b) kann die Umstellung auch jeweils zum 1. Januar des 13., 15., 17. oder 19. Versicherungsjahrs beantragt werden.

(2) Bei Beendigung des Optionstarifs
Wenn der Tarif für die →versicherte Person endet, weil
- sie 50 Jahre alt wird oder
- die Höchstversicherungsdauer nach Teil C Ziffer 4.1 Absatz 2 erreicht wird,

kann sie die Umstellung in die nach Ziffer 3.2.3 abschließbaren Tarife auch zum Ersten des Monats beantragen, der auf die Beendigung des Tarifs folgt.

(3) Maßgeblicher Zeitpunkt für den Antragseingang
Der Antrag auf Ausübung der Option muss uns spätestens einen Tag vor dem gewünschten Umstellungszeitpunkt vorliegen.

3.2.5 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?

Wenn die versicherte Person die Option fristgerecht ausübt, werden wir den Antrag auf Abschluss der nach Ziffer 3.2.3 abschließbaren Tarife ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen. Besondere vertragliche Vereinbarungen werden an den jeweiligen Leistungsumfang des neuen Tarifs angeglichen.

3.2.6 Welche Vorversicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten des neuen Tarifs an?

Wenn die Umstellung in einen Tarif beantragt wird, der Wartezeiten vorsieht, rechnen wir die im Tarif OFM02 ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten dieses Tarifs an.

3.2.7 Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

Nach Umstellung des Versicherungsschutzes muss für die bei uns abgeschlossenen Tarife jeweils der Beitrag der Altersgruppe ge-

zahlt werden, die die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung erreicht hat.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung
Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und § 194 Absatz 1 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir
- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte
Wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung
Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Formerfordernisse
Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
2.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
2.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?
2.4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.5 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
2.6 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
2.7 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

Die Beiträge werden nach den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

2.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?

Die Beiträge für den Tarif OFM02 enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

2.4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn
- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren
Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschrift-

mandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

(5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug
Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(6) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.5 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Kindernachversicherung
Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nicht am Monatsersten beginnt, können wir für die betroffene →versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Todesfall
Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung
Wenn dieser Tarif vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Berechnung des Tagesbeitrags
Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

2.6 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.4 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit
Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.7 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.4 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn
- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf
Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen
Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.4 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.6 Absatz 1).

2. Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag anpassen?
2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag anpassen?

(1) Voraussetzungen
Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die →Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

(2) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über
- die Anpassung des Beitrags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe

informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(3) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag erhöhen, können Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 4.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Versicherungsbedingungen anzupassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern. Hierzu gehören insbesondere Änderungen von gesetzlichen Vorschriften, auf denen einzelne Regelungen des Vertrags beruhen.

Eine Anpassung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn
- sie zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder
- 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 und ein unabhängiger →Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Keine Schlechterstellung der Versicherten
Die geänderten Versicherungsbedingungen dürfen die Versicherten als einzige Regelung und im Zusammenwirken mit anderen Regelungen des Vertrags nicht schlechter stellen als die vor der Änderung geltenden Versicherungsbedingungen.

(4) Wirksamwerden der Änderungen
Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(5) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 4.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

3. Ihr Recht zur Kindernachversicherung

Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern
Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse, wenn
- ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern
Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse, wenn
- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

4. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
4.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
4.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

4.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
4.5 Welche weiteren Beendigungsgründe sind vereinbart?
4.6 Wann endet der Versicherungsschutz? Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?

4.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer
Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren. Diese beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(2) Höchstversicherungsdauer

a) Grundsatz
Der Tarif endet für die →versicherte Person mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 10 Versicherungsjahren. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

b) Verlängerungsmöglichkeit
Sie können verlangen, dass wir Ihren Antrag auf einmalige Verlängerung der Höchstversicherungsdauer für die →versicherte Person annehmen. Die Verlängerung ist auf eine weitere Höchstversicherungsdauer von 10 Versicherungsjahren befristet.

Ihr Antrag muss uns spätestens zum Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach Absatz a) vorliegen.

Sie müssen für die versicherte Person jeweils den zu Beginn der Verlängerung für ihre Altersgruppe gültigen Beitrag dieses Tarifs zahlen.

4.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

4.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 5 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung
Sie können den Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 4.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Ausübung einer Option dieses Tarifs
Wenn die →versicherte Person die vereinbarte Option zum Abschluss einer Versicherung gemäß Teil A Ziffer 3.1 oder 3.2 ausgeübt hat, können Sie den Tarif für diese Person zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Versicherung abgeschlossen wird. Hierzu muss uns die Kündigung bis zum Abschluss der Versicherung vorliegen.

Schließt die versicherte Person eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung gemäß Teil A Ziffer 3.1.1 ab, endet der Tarif automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf (siehe Ziffer 4.5 Absatz 2).

(4) Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen
Wenn wir den Beitrag nach Ziffer 2.1 erhöhen, können Sie den Tarif für die betroffene →versicherte Person zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.2 Absatz 1 vermindern, können Sie den Tarif für die betroffene versicherte Person zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(5) Anspruch auf Aufhebung
Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

4.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

4.5 Welche weiteren Beendigungsgründe sind vereinbart?

(1) Höchstalter
Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie 50 Jahre alt wird.

(2) Abschluss einer substitutiven Krankheitskosten-Versicherung
Der Tarif endet für die →versicherte Person auch zu dem Zeitpunkt, zu dem für sie eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung gemäß Teil A Ziffer 3.1.1 bei uns abgeschlossen wird.

(3) Todesfall
Der Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person endet der für sie abgeschlossene Tarif mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

4.6 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif endet für die →versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.

5. Fortsetzung des Versicherungsvertrags

Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung
Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, den für sie abgeschlossenen Tarif unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(2) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Tarif aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die Weiterversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte zu verlangen.

Der Antrag auf Weiterversicherung muss innerhalb von 2 Monaten gestellt werden, nachdem der Tarif beendet worden ist.

6. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

7. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22,10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn,
E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

8. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen
Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz
Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland
Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

9. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung
Wenn ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

10. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

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

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für den Tarif OFM02 verwenden.

Alterungsrückstellung.
Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung. Bei anderen Krankenversicherungen ist das aber von Gesetzes wegen der Fall. Bei diesen Versicherungen werden die Beiträge in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Beobachtungseinheit.
Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Mindestversicherungsdauer.
Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Schriftform.
Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.
Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

substitutiv.
Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

technische Berechnungsgrundlagen.
Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.
Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

versicherte Person.
Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.
Eine in Teil A geregelte, personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.
Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.