Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

Die Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung gelten für die Bausteine, die Sie bei uns - Allianz Private Krankenversicherungs-AG - abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Diese setzen sich aus den Regelungen für den bei uns abgeschlossenen Baustein (Teil A) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C zusammen.

Wenn Sie den Baustein im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags oder Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherung- und Kollektivverträge. Diese finden Sie im Anschluss an die Erläuterung von Fachausdrücken.

Wenn Sie mit uns mehrere Verträge unterhalten, können für einzelne Verträge andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung nicht.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben (Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein, Ziffer 2 Tarifbedingungen und - wenn vereinbart - Ziffer 3 Sonderbedingungen). Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem die besonderen Verhaltensregeln beschrieben, die in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen (besondere Obliegenheiten).

Übergreifende Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, sowie Regelungen zu den Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen finden Sie in Teil B - Private Krankenversicherung.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Versicherung für fremde Rechnung
3. Deutsches Recht
4. Beschwerdemöglichkeiten
5. Zuständiges Gericht
6. Verjährung
7. Aufrechnung

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: "→Schriftform"

Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung

Im Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung bieten wir Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall zahlen wir ein Pflegetagegeld - soweit hierfür Leistungen vereinbart sind - und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Unter Ziffer 1 finden Sie die Allgemeinen Regelungen zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung. Diese gelten grundsätzlich unabhängig vom jeweils gewählten Tarif dieses Bausteins. Wenn eine Regelung nur für bestimmte Tarife dieses Bausteins gilt, haben wir dies im Text vermerkt. Welche zusätzlichen Regelungen speziell für den vereinbarten Tarif gelten, können Sie den Tarifbedingungen unter Ziffer 2 entnehmen. Sonderbedingungen für einen Tarif dieses Bausteins werden unter Ziffer 3 wiedergegeben, wenn diese mit Ihnen vereinbart worden sind.

Wenn Sie einen Tarif dieses Bausteins im Rahmen eines →Gruppenversicherungsvertrags oder →Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten dafür zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherungs- und Kollektivverträge.

1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.1.2 Welche einzelnen Kriterien sind bei der Pflegebedürftigkeit maßgeblich?
1.1.3 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.1.4 Welche Wartezeit muss verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?
1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz?
1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Pflegebedürftigkeit
Der Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person gemäß § 14 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Danach sind Personen pflegebedürftig,
- die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten haben und deshalb
- der Hilfe durch andere bedürfen.

Die Personen müssen
- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen
- oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen

nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer - voraussichtlich für mindestens 6 Monate - und mit mindestens der in § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Schwere bestehen.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls
Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn die →versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist.

1.1.2 Welche einzelnen Kriterien sind bei der Pflegebedürftigkeit maßgeblich?

Die Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach dem Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (bitte vergleichen Sie Ziffer 1.1.1 Absatz 1). Für das Vorliegen dieser Beeinträchtigungen sind die folgenden 6 Bereiche und Kriterien maßgeblich, die sich aus § 14 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ergeben. Jedes einzelne Kriterium muss dazu pflegefachlich begründet sein.

(1) Mobilität
Kriterien im Bereich der Mobilität sind:
- Positionswechsel im Bett,
- Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen,
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs sowie
- Treppensteigen.

(2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Kriterien im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sind:
- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,
- örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung,
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen,
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen,
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben,
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen,
- Erkennen von Risiken und Gefahren,
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen sowie
- Beteiligen an einem Gespräch.

(3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Kriterien im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sind:
- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe,
- selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen,
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,
- verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten,
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen,
- Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage,
- sozial inadäquate Verhaltensweisen sowie sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen.

(4) Selbstversorgung
Kriterien im Bereich der Selbstversorgung sind:
- Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
- An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers,
- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- Bewältigen der Folgen einer Harn-Inkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,
- Bewältigen der Folgen einer Stuhl-Inkontinenz und Umgang mit Stoma,
- Besonderheiten bei Sonden-Ernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung sowie

- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

(5) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Kriterien in diesem Bereich sind die Bewältigung von und der Umgang mit Anforderungen und Belastungen
- in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen sowie körpernahe Hilfsmittel,
- in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmal-Katheterisierung und Nutzung von Abführmethoden sowie Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

(6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Kriterien im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sind:
- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,
- Ruhen und Schlafen,
- Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen,
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt sowie Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

1.1.3 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für Ihre private Krankenversicherung (Regelungen für diesen Baustein - Teil A - sowie Baustein übergreifende Regelungen in den Teilen B und C),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse ergeben sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

1.1.4 Welche Wartezeit muss verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

(1) Dauer der Wartezeit
Die Wartezeit beträgt 3 Jahre. Sie entfällt bei Unfällen.

(2) Beginn der Wartezeit
Die Wartezeit beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(3) Wartezeit bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Wartezeitregelungen auch für die Erweiterung.

(4) Regelungen in den Tarifbedingungen
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Wartezeiten nicht gelten.

1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (siehe Teil C Ziffer 1) eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht. Im Rahmen dieses Bausteins erbringen wir in diesen Fällen jedoch teilweise Leistungen. Dabei gilt Folgendes:

(1) Versicherungsfälle, die zwischen dem Abschluss eines Tarifs nach diesem Baustein und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten
Bei Versicherungsfällen, die nach Abschluss eines Tarifs dieses Bausteins, aber vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil C Ziffer 1 Absatz 3).

(2) Versicherungsfälle, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten
Bei Versicherungsfällen, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) Satz 2).

1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz in Deutschland
Der Versicherungsschutz besteht für Pflege in Deutschland.

(2) Versicherungsschutz bei Aufenthalt im Ausland
Der Versicherungsschutz besteht auch, wenn sich die →versicherte Person
- in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums oder
- darüber hinaus bei einem Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI in der Schweiz

aufhält.

Bei einem Aufenthalt in einem anderen Land besteht kein Versicherungsschutz, soweit nicht in Ziffer 1.1.7 Absätze 1 a) und 2 a) etwas anderes geregelt ist.

1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz?

(1) Dauerhafte Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Alle unsere Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI sehen einen weltweiten Versicherungsschutz vor. Allerdings unterscheiden sich die Tarife insoweit wie folgt:

aa) Versicherungsschutz mit Ausdehnungsvereinbarung (Grundsatz)
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen worden ist und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
- des Europäischen Wirtschaftsraums oder
- der Schweiz

verlegt, endet für sie dieser Pflegetagegeld-Zusatztarif.

Sie haben aber das Recht, innerhalb von 6 Monaten nach Beginn dieses Auslandsaufenthalts die Fortsetzung des Pflegetagegeld-Zusatztarifs mit Anspruch auf Leistungen zu verlangen (Ausdehnungsvereinbarung). Für diesen Fall können in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) besondere Regelungen vorgesehen sein.

bb) Besonderheit: Tarife mit automatischer Fortsetzung
Die Regelung nach Absatz aa) gilt nur für bestimmte Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI. Bitte sehen Sie hierzu in die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2). Dort kann geregelt sein, dass sich der Vertrag automatisch fortsetzt, wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
- des Europäischen Wirtschaftsraums oder
- der Schweiz

verlegt.

In diesem Fall benötigen Sie keine zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung. Es gelten aber auch dann besondere Regelungen für den weltweiten Versicherungsschutz. Diese finden Sie ebenfalls in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen worden ist, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union oder
- des Europäischen Wirtschaftsraums

verlegt, endet für sie dieser Pflegetagegeld-Zusatztarif.

Der Pflegetagegeld-Zusatztarif kann jedoch durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

(2) Vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen worden ist und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt nur vorübergehend in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
- des Europäischen Wirtschaftsraums oder
- der Schweiz

verlegt, gilt Folgendes:

aa) Fortsetzung des Tarifs als Anwartschaftsversicherung
Sie haben das Recht, die Fortsetzung dieses Pflegetagegeld-Zusatztarifs in Form einer →Anwartschaftsversicherung zu verlangen.

Hierfür können in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) weitere Regelungen vorgesehen sein.

bb) Fortsetzung des Tarifs mit Anspruch auf Leistungen
Alle unsere Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI sehen einen weltweiten Versicherungsschutz vor. Allerdings unterscheiden sich die Tarife insoweit wie folgt:

1. Versicherungsschutz mit Ausdehnungsvereinbarung (Grundsatz)
Statt der Fortsetzung als →Anwartschaftsversicherung können Sie von uns auch verlangen, dass der Pflegetagegeld-Zusatztarif mit Anspruch auf Leistungen fortgesetzt wird (Ausdehnungsvereinbarung). In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können hierfür besondere Regelungen vorgesehen sein.

Sie müssen diese Fortsetzung verlangen, bevor die →versicherte Person den Auslandsaufenthalt beginnt, spätestens jedoch innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des vorübergehenden Auslandsaufenthalts. Wenn Sie dies nicht machen, endet der Pflegetagegeld-Zusatztarif mit Beginn des Auslandsaufenthalts.

2. Besonderheit: Tarife mit automatischer Fortsetzung
Die Regelung nach Nummer 1 gilt nur für bestimmte Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI. Bitte sehen Sie hierzu in die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2). Dort kann geregelt sein, dass sich der Vertrag automatisch fortsetzt. In diesem Fall benötigen Sie keine zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung. Es gelten aber auch dann besondere Regelungen für den weltweiten Versicherungsschutz. Diese finden Sie ebenfalls in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen worden ist, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt nur vorübergehend in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union oder
- des Europäischen Wirtschaftsraums

verlegt, können Sie verlangen, dass dieser Pflegetagegeld-Zusatztarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie fortgesetzt wird.

1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Baustein oder einem Tarif dieses Bausteins endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Baustein oder der Tarif endet.

1.2 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen sowie das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:
1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen
Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.2.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen
Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.2.1 Absatz 1 sind insbesondere die Unterlagen, die nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sie müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der pflegebedürftigen Person,
- Art der erbrachten Leistungen und
- die Tage, an denen Pflegemaßnahmen durchgeführt worden sind.

1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Nachweisen können von den Leistungen abgezogen werden.

1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)
Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht prüfen.

(2) Berechtigte Personen
Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:
- der→versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung
Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:
1.3.1 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?
1.3.2 Welche Auskünfte müssen uns nach Eintritt des Versicherungsfalls erteilt werden?
1.3.3 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?
1.3.4 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

1.3.1 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

(1) Das Erfordernis unserer Einwilligung
Unsere Einwilligung ist erforderlich für
- den Neuabschluss einer weiteren Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld oder
- die Erhöhung einer anderweitig bestehenden, weiteren Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld.

(2) Regelungen in den Tarifbedingungen
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Einwilligung nach Absatz 1 nicht erforderlich ist.

1.3.2 Welche Auskünfte müssen uns nach Eintritt des Versicherungsfalls erteilt werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls muss folgende →Obliegenheit beachtet werden:
Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig sind und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

Diese Pflicht gilt auch gegenüber Personen, die wir beauftragt haben, die Auskünfte einzuholen.

1.3.3 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere →Obliegenheiten geregelt sein. Übergreifende Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie in Teil B.

1.3.4 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

Die Rechtsfolgen einer Verletzung von →Obliegenheiten nach Ziffern 1.3.1 und 1.3.2 sowie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ergeben sich aus Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

1.4 Besondere Informationspflichten für diesen Baustein

Welche besonderen Informationspflichten müssen beachtet werden?

(1) Information über Minderung oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit
Sie müssen uns über jede Minderung und über den Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.1.1 unverzüglich informieren.

(2) Information über stationäre Behandlung, Kurbehandlung oder gerichtlich angeordnete Unterbringung
Wenn der Versicherungsfall nach Ziffer 1.1.1 Absatz 1 eingetreten ist, müssen Sie uns über Folgendes informieren:

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, müssen Sie uns für diesen über jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung der →versicherten Person informieren.

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass eine Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung nicht zu den dort genannten Leistungsausschlüssen gehört. Dann müssen Sie uns nicht nach Satz 1 über die Unterbringung informieren.

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, müssen Sie uns für diesen über jede
- vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme,
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und
- Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung

der →versicherten Person informieren.

(3) Weitere Informationspflichten
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere Informationspflichten geregelt sein.

1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen
Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen
Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
1.6.3 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?
1.6.4 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
1.6.5 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

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

1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

(1) Grundlagen der Beitragsberechnung
Die Beiträge werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

(2) Berücksichtigung persönlicher Faktoren bei Änderung der Beiträge

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge
Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Risikozuschlag bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und ein erhöhtes Risiko bei der →versicherten Person vorliegt, können wir für die Erweiterung des Versicherungsschutzes nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

1.6.3 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 16 Jahre oder 21 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können abweichende Altersstufen geregelt sein.

Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 kündigen.

1.6.4 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 ein Tarif dieses Bausteins 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.

1.6.5 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

Die übergreifenden Pflichten zur Beitragszahlung, die für alle Bausteine gelten, sowie die Regelungen zu den Folgen einer Pflichtverletzung finden Sie in Teil B.

1.7 Unsere Rechte zur Anpassung von Beitrag, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

1.7.1 Unser Recht zur Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

Inhalt dieses Abschnitts:

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?
1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?

Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes

für die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen
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.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

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

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(3) Wirksamwerden einer Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über
- die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe

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

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 oder Absatz 2 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 ein Kündigungsrecht.

1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Voraussetzungen
Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung.

Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den →technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Wenn die Gegenüberstellung zu den Versicherungsleistungen für eine →Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des →Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Wenn die Gegenüberstellung zu den Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Nicht Ausreichen der unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen
Wenn unsere unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, legen wir dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. zur Pflege-Pflichtversicherung zugrunde.

(3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung eines Risikozuschlags
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über eine Beitragsanpassung sowie eine Änderung eines vereinbarten Risikozuschlags informieren. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.7.2 Unser Recht zur Anpassung der Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhänders angepasst werden.

Unter diesen Voraussetzungen können wir insbesondere vertragliche Regelungen anpassen, die den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen, soweit sich die dazu gehörenden gesetzlichen Vorschriften nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ändern.

(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) Wirksamwerden der Änderungen
Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, 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, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.8 Ihr Recht zum Tarifwechsel und zur Kindernachversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.8.1 Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie?
1.8.2 Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

1.8.1 Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie?

Sie sind berechtigt, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 204 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu verlangen.

1.8.2 Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern
Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten nach den folgenden Absätzen.

a) Fristgerechte Anmeldung
Das Neugeborene des bei uns versicherten Elternteils muss spätestens 2 Monate nach der Geburt bei uns zur Versicherung angemeldet werden. Die Anmeldung bezieht sich rückwirkend auf die Versicherung zum Tag der Geburt.

b) Mindestvertragsdauer des Elternteils
Der Elternteil muss außerdem am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein.

Maßgeblich für diesen Zeitraum ist der vereinbarte Versicherungsbeginn. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann ein abweichender Zeitpunkt geregelt sein.

c) Maßgeblicher Versicherungsschutz des Elternteils
Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der des bei uns versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze insgesamt nach dem Versicherungsschutz, der für den höher oder umfassender versicherten Elternteil abgeschlossen ist.

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass für die Versicherung des Neugeborenen der Abschluss eines leistungsstärkeren Tarifs verlangt werden kann.

d) Umfang des Versicherungsschutzes für das Neugeborene
Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Absätzen a) bis c) erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Pflegetagegeld-Zusatztarifen auch für Pflegebedürftigkeit wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern
Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, 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 des bei uns versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze insgesamt nach dem Versicherungsschutz, der für den höher oder umfassender versicherten Elternteil abgeschlossen ist.

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.

1.9 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:
1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
1.9.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?

1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

Die Tarife dieses Bausteins sind unbefristet und enden deshalb nicht durch Zeitablauf.

1.9.2 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.

1.9.3 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, E-Mail).

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins 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 Baustein zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

Wenn Sie für die versicherte Person einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, können für diesen ein anderer Kündigungstermin und eine kürzere Kündigungsfrist gelten. Bitte sehen Sie hierzu in die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen
Wenn eine vertragliche Regelung dazu führt, dass sich der Beitrag erhöht, weil
- ein bestimmtes Alter erreicht worden ist oder andere in der Regelung genannte Voraussetzungen eingetreten sind und nunmehr ein Beitrag zu zahlen ist, der sich aus diesem Alter oder der entsprechenden Altersgruppe ergibt, oder
- der Beitrag unter Berücksichtigung einer →Alterungsrückstellung berechnet wird,

können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen
Wenn wir den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 1.7.1 erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 1.7.2 Absatz 1 vermindern, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre 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 oder Tarife dieses Bausteins 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 Ih-

nen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

1.9.4 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 oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?

Der Baustein endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

1.10 Fortsetzung des Bausteins

Unter welchen Voraussetzungen kann der Baustein oder können Tarife dieses Bausteins fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung

a) Fortsetzung der Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Pflegetagegeld-Zusatztarife unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

b) Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für eine →versicherte Person kündigen, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu, die Pflegetagegeld-Zusatztarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, nach Maßgabe des § 204 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Form einer →Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung gestellt werden.

(2) Trennung, Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
Ein getrennt lebender oder rechtskräftig geschiedener Ehegatte kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Für eine Fortsetzung müssen die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt sein.

(3) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Baustein aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Pflegetagegeld-Zusatztarife unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungs-nehmers erklärt werden.

(4) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs
Wenn wir den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die Pflegetagegeld-Zusatztarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren.

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTA03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 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.

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

Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) bei häuslicher und teilstationärer Pflege in den Pflegegraden 2, 3 und 4. Deshalb ist für diesen Tarif die folgende Grundabsicherung erforderlich.

(1) Grundabsicherung
Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie bei uns als Grundabsicherung
- der Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)
- mit Anspruch auf Leistungen

abgeschlossen ist. Die versicherte Person gilt auch während einer für den Tarif der Grundabsicherung vereinbarten Ruhenszeit als versicherungsfähig.

Die Grundabsicherung kann auch gleichzeitig mit dem Tarif PZTA03 abgeschlossen werden.

(2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

a) Grundsatz
Mit Wegfall der in Absatz 1 geregelten Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person.

b) Besondere Regelungen für die Anwartschaftsversicherung
Wenn die in Absatz 1 geregelte Eigenschaft wegfällt, weil der Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) für die →versicherte Person in Form einer →Anwartschaftsversicherung abgeschlossen wird, gilt Folgendes:
- Der Vertrag für diesen Tarif setzt sich automatisch in Form einer Anwartschaftsversicherung fort. Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert verlangen. Die Anwartschaftsversicherung beginnt gleichzeitig mit der Anwartschaftsversicherung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.1 Was bedeutet "ergänzendes Pflegetagegeld" und welche Bedeutung haben dadurch die Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)?
2.2.2 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
2.2.3 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?
2.2.4 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir das nach diesem Tarif versicherte ergänzende Pflegetagegeld nach den folgenden Regelungen. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.2.1 Was bedeutet "ergänzendes Pflegetagegeld" und welche Bedeutung haben dadurch die Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)?

Der Tarif PZTA03 erweitert gezielt im Bereich Pflegetagegeld den Versicherungsschutz nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Deshalb sind verschiedene Regelungen aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) auch für die Leistungsvoraussetzungen und den Leistungsumfang nach diesem Tarif maßgeblich. Das bedeutet Folgendes:

(1) Regelungen zu den Pflegegraden
Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zu den Pflegegraden gelten auch für den Tarif PZTA03.

Bitte beachten Sie aber, dass ein Leistungsanspruch nach dem Tarif PZTA03 nur besteht, wenn die →versicherte Person dem
- Pflegegrad 2,
- Pflegegrad 3 oder
- Pflegegrad 4

zugeordnet ist.

Wenn sie dagegen dem
- Pflegegrad 1 oder
- Pflegegrad 5

zugeordnet ist, besteht kein Leistungsanspruch nach dem Tarif PZTA03.

(2) Feststellungen zu Pflegebedürftigkeit, Pflegegraden und die Kostentragung für Untersuchungen
Die Feststellungen für die Pflegebedürftigkeit und die Pflegegrade, die wir für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) anerkennen, gelten auch für die Leistungspflicht nach dem Tarif PZTA03.

Das gilt auch für die Regelung über die Verpflichtung, die Kosten für eine Untersuchung der →versicherten Person zu tragen.

(3) Pflegearten und Leistungserbringer
Der Tarif PZTA03 bietet Versicherungsschutz bei
- häuslicher Pflege oder
- teilstationärer Pflege.

Es besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet.

Wie sich diese Pflegearten definieren und welche Leistungserbringer die häusliche und teilstationäre Pflege erbringen müssen, er-

gibt sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(4) Beginn unserer Pflegetagegeld-Zahlung
Nach dem Tarif PZTA03 zahlen wir ebenfalls monatlich rückwirkend das Pflegetagegeld im vertraglichen Umfang. Ab welchen Zeitpunkten wir das machen, ergibt sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(5) Unsere erweiterte Leistungspflicht
Nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zahlen wir das versicherte Pflegetagegeld in unveränderter Höhe weiter, wenn sich die →versicherte Person während der häuslichen oder teilstationären Pflege in einer
- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung

befindet. Bitte vergleichen Sie auch dazu die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Denn in diesen Fällen zahlen wir das vertragliche Pflegetagegeld nach dem Tarif PZTA03 ebenfalls weiter.

(6) Versicherungsschutz nur für Pflegetagegeld
Der Tarif PZTA03 sieht die Zahlung eines Pflegetagegelds für häusliche oder teilstationäre Pflege vor. Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person dem Pflegegrad 2, 3 oder 4 zugeordnet ist.

Weitere Leistungen, die nur über die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) versichert sind, können Sie nicht nach Tarif PZTA03 verlangen.

2.2.2 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

(1) Grundsätze
Die Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:
- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Der für sie festgestellte Pflegegrad. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.2.1 Absatz 1 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).
- Die Feststellung der häuslichen oder teilstationären Pflege. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.2.1 Absatz 2 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

Wenn Sie in diesem Tarif den gleichen Tagessatz wählen wie im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), bieten wir Ihnen insgesamt aus beiden Tarifen einen Versicherungsschutz in Höhe von 100 Prozent. Das ergibt sich durch die Leistungsprozentsätze aus Absatz 2, welche die Leistungszusagen aus Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) gezielt ergänzen.

(2) Unsere Leistung nach diesem Tarif
Wir zahlen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:
- 70 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 2.
- 50 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 3.
- 20 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 4.

Das machen wir für jeden Tag der häuslichen oder teilstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage).

Wir zahlen das Pflegetagegeld außerdem in gleicher Höhe, wenn die häusliche Pflege nicht durch eine Pflegefachkraft, sondern durch eine Pflegeperson vorgenommen wird. Vergleichen Sie zu den genannten Leistungserbringern bitte auch Ziffer 2.2.1 Absatz 3 sowie die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Pflegepersonen können danach zum Beispiel Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige Helfer sein.

2.2.3 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

Der weltweite Versicherungsschutz, den wir Ihnen im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) bieten, besteht auch nach dem Tarif PZTA03. Das bedeutet Folgendes.

(1) Grundsätzlicher Geltungsbereich und weltweiter Versicherungsschutz

a) Grundsätzlicher Geltungsbereich
Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person
- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
- in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
- in der Schweiz

aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

b) Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)
Wenn sich die →versicherte Person
- vorübergehend oder dauerhaft
- in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs aufhält,

setzt sich der Vertrag automatisch fort (weltweiter Versicherungsschutz). Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert von uns verlangen.

(2) Unverändertes Leistungsversprechen
Ab Beginn des Auslandsaufenthalts zahlen wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe nach Ziffer 2.2.2.

2.2.4 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Der Tarif PZTA03 beinhaltet ein ergänzendes Pflegetagegeld zur Absicherung nach Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Damit gelten auch dieselben Leistungsausschlüsse im Fall einer Pflegebedürftigkeit. Bitte entnehmen Sie der folgenden Regelung, wann wir im Tarif PZTA03 nicht leistungspflichtig sind.

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit
a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen. Ein solcher Grund liegt etwa vor, wenn sie das Gebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

2.4 Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung

Unter welchen Voraussetzungen sind Sie von der Beitragspflicht befreit?

Der Tarif PZTA03 ergänzt den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gilt auch für Ihre folgende Befreiung von der Beitragszahlung.

(1) Voraussetzungen der Beitragsbefreiung
Sie müssen keinen Beitrag für die →versicherte Person zahlen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person ist dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Bitte vergleichen Sie hierzu Ziffer 2.2.1 Absatz 1 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).
- Für sie besteht außerdem ein Anspruch auf Pflegetagegeld-Zahlung nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(2) Beginn und Ende der Beitragsbefreiung
Die Beitragsbefreiung gilt rückwirkend. Sie beginnt zum Ersten des Monats, in dem unsere Leistungspflicht für den Pflegegrad 5 nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Ihr Anspruch für die →versicherte Person nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) auf Pflegetagegeld nach Pflegegrad 5 entfällt. Das gilt auch, wenn eine Herabsetzung auf Pflegegrad 4, 3, 2 oder 1 erfolgt.

2.5 Regelungen zur Höhe des Tagessatzes

2.5.1 Begrenzung des Tagessatzes

Wie hoch darf der versicherte Tagessatz höchstens sein und welches Recht auf Vertragsanpassung haben wir, wenn er die Höchstgrenze übersteigt?

(1) Höchstgrenze des versicherbaren Tagessatzes
Der nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherte Tagessatz darf den Tagessatz nicht übersteigen, der für sie im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) versichert ist. Das gilt sowohl zu Vertragsbeginn als auch während der gesamten Vertragslaufzeit.

(2) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags
Wenn der Tagessatz für diesen Tarif die Höchstgrenze nach Absatz 1 übersteigt, können wir ihn auf die Höchstgrenze herabsetzen. Für die Herabsetzung ist es unerheblich, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Die Herabsetzung wird zu dem Tag wirksam, an dem der Tagessatz erstmals die Höchstgrenze nach Absatz 1 überstiegen hat. Beiträge, die Sie infolge der Herabsetzung zu viel gezahlt haben, zahlen wir an Sie zurück.

2.5.2 Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:

2.5.2.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?
2.5.2.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?
2.5.2.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung des Tagessatzes zu beantragen?

2.5.2.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zur planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes gelten auch für den Tarif PZTA03 und werden durch folgende Regelungen ergänzt.

(1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes
Wenn die →versicherte Person an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) teilnimmt, erhöhen wir gleichzeitig den nach dem Tarif PZTA03 für sie versicherten Tagessatz. Bei dieser Erhöhung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Für die Erhöhung gilt Folgendes.

a) Berechnung der Tagessatzerhöhung
- Für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) erhöhen wir den versicherten Tagessatz um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 5 Euro), jedoch um mindestens 5 Euro.
- Der Prozentsatz, der sich aus dieser Berechnung ergibt, gilt für den Tarif PZTA03. In Höhe dieses Prozentsatzes erhöhen wir den Tagessatz für den Tarif PZTA03 (kaufmännisch gerundet auf 1 Euro).

b) Begrenzungen der Tagessatzerhöhung
Eine Tagessatzerhöhung erfolgt maximal bis zur Höchstgrenze nach Ziffer 2.5.1 Absatz 1.

(2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung
Wenn wir Sie über die Tagessatzerhöhung für Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) benachrichtigen, informieren wir Sie gleichzeitig über die Tagessatzerhöhung für den Tarif PZTA03. Bitte vergleichen Sie hierzu die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Die gleichen Informationen erhalten Sie zur Tagessatzerhöhung für diesen Tarif.

(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung
Für die Beitragsberechung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ihr Widerspruchsrecht
Sie können nicht gesondert der Tagessatzerhöhung für den Tarif PZTA03 widersprechen.

Wenn Sie aber der Tagessatzerhöhung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) widersprechen, gilt dieser Widerspruch auch für die Erhöhung im Tarif PZTA03. Bitte vergleichen Sie zu Ihrem Widerspruchsrecht die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung

a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht
Wenn Sie einer Tagesatzerhöhung 3 Mal hintereinander widersprechen, erlischt das Recht auf Teilnahme an weiteren Tagessatzerhöhungen. Näheres dazu und zu unserer dazugehörenden Informationspflicht entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

b) Neubegründung des Rechts
Wenn Sie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) Ihr Recht auf Teilnahme an Tagessatzerhöhungen neu begründet haben, gilt dies auch für Erhöhungen nach diesem Tarif.

2.5.2.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zu Ihrem Recht auf Erhöhung des Tagessatzes (Nachversicherungsoptionen) gelten auch für den Tarif PZTA03 und werden durch folgende Regelungen ergänzt.

Wenn Sie die Erhöhung des Tagessatzes für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) verlangen, erhöhen wir gleichzeitig auch den Tagessatz für den Tarif PZTA03. Sie können die Erhöhung nicht gesondert für den Tarif PZTA03 verlangen.

(1) Bedeutung der Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest
Sie können die Tagessatzerhöhung nur nach besonderen persönlichen Anlässen verlangen. Bei dieser Erhöhung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Zu den Anlässen zählen zum Beispiel:
- Abschluss von Berufsausbildung oder Studium.
- Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes.
- Kauf einer Immobilie.
- Weitere persönliche Anlässe, wie zum Beispiel Geburt eines leiblichen Kindes, Adoption eines minderjährigen Kindes oder Tod des Ehe- oder Lebenspartners.

Alle Anlässe und wie sich diese definieren, ergeben sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gleiche gilt für die weiteren Besonderheiten für die Erhöhung des Tagessatzes. Hierzu zählt auch die Regelung, wie sich der Beitrag für den erweiterten Versicherungsschutz berechnet.

(2) Besonderheiten für die Berechnung der Tagessatzerhöhung
Wir berechnen die Tagessatzerhöhung für diesen Tarif nach den folgenden Regelungen.

a) Berechnung der Tagessatzerhöhung
- Für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) können Sie die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 30 Euro, verlangen.
- Der Prozentsatz, der sich aus dieser Berechnung ergibt, gilt für den Tarif PZTA03. In Höhe dieses Prozentsatzes erhöhen wir den Tagessatz für den Tarif PZTA03 (kaufmännisch gerundet auf 1 Euro).

b) Begrenzungen der Tagessatzerhöhung
Eine Tagessatzerhöhung erfolgt maximal bis zur Höchstgrenze nach Ziffer 2.5.1 Absatz 1.

(3) Ausschluss des Rechts auf Tagessatzerhöhung
Eine Erhöhung des Tagessatzes ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person
- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist.

Näheres entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.5.2.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung des Tagessatzes zu beantragen?

Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.2.1 und 2.5.2.2 eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.6 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

2.6.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.6.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 2 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.7 Ruhen der Versicherung

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zum Ruhen der Versicherung gelten auch für den Tarif PZTA03.

Wenn Sie die Versicherung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) ruhend stellen, ruht gleichzeitig auch die Versicherung nach dem Tarif PZTA03. Sie können den Tarif PZTA03 nicht gesondert ruhend stellen.

Während der Ruhenszeit gelten keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Bitte vergleichen Sie hierzu die Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.7.1 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

(1) Bedeutung der Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest
Sie können das Ruhen der Versicherung nur nach besonderen Anlässen verlangen. Diese Anlässe sind:
- Arbeitslosigkeit.
- Elternzeit.

Alle Anlässe und wie sich diese definieren, ergeben sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gleiche gilt für die weiteren Besonderheiten für das Ruhen der Versicherung und für die Ausübung der Nachversicherungsoptionen. Das gilt auch für die Regelungen, wie sich die Versicherung mit Ablauf der Ruhenszeit fortsetzt und wie sich der neue Beitrag berechnet.

(2) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung
Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen:
- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate.

Näheres zu den Ausschlüssen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.7.2 Was gilt für Vertragsänderungen während der Ruhenszeit?

Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Bitte vergleichen Sie hierfür, sowie wie für Tagessatzerhöhungen durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhens-

zeit angemeldet haben, die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.8 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erklären.

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.

(2) Ordentliche Kündigung
Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung
Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

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, 206 Absatz 1 Satz 1 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 dem Abschluss des Vertrags 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.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung 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 Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) 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, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 **Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
2.2 **Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
2.3 **Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
2.4 **Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?**

2.1 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, 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-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, 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.

2.2 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 2.1 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.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, 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.

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

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 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, 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.

2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

(1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand
Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:
- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

(2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand
Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

(3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand
Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

(4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit
Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,
- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder
- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder

- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags
Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhenszeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

(2) Unser Kündigungsrecht
Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,
- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 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 2.2 Absatz 1).

(2) Wartezeiten
Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

(3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag
Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Leistungsempfänger
Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person
Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn
- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,
- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. 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.

(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.

5. 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.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Vertrag 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 Vertrag 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, E-Mail) zugeht.

7. 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 die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

Alterungsrückstellung.
Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. 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 somit Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Anwartschaftsversicherung.
Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

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.

Card für Privatversicherte ("AllianzCard").
Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

Eintrittsalter.
Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

Gruppenversicherungsvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Karenzzeit.
Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Kollektivvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Krankengeld.
Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

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

Obliegenheit.
Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Produktgruppe UNI.
Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

Risikoprüfung.
Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.
Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

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 oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.
Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

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.

Übertragungswert.
Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

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

Versicherungsfähigkeit.
Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) 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.