

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung - GesundheitsUpgrade, Teil I (AVB/KKV GU)

AVB gültig für die Tarife GUP0, GUP500, GUP900 und GUP1.8 sowie GUK0, GUK500 und GUK900

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz	5
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
(1) Allgemeines	5
(2) Der Versicherungsfall	5
(3) Umfang des Versicherungsschutzes	5
(4) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
(5) Umwandlung des Versicherungsschutzes	5
(6) Abschluss des Versicherungsvertrages und besondere Bedingungen	5
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	5
(1) Versicherungsbeginn	5
(2) Kindernachversicherung	5
(3) Adoption eines Kindes	6
§ 3 Wartezeiten	6
(1) Beginn der Wartezeiten	6
(2) Allgemeine und besondere Wartezeiten	6
(3) Erlass der Wartezeiten	6
(4) Anrechnung von Wartezeiten	6
(5) Wartezeiten bei Vertragsänderung	6
(6) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen	6
§ 4 Umfang und Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 5 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
(1) Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
(2) Fälligkeit der Leistungen der LKH	6
(3) Empfänger der Leistungen der LKH	6
(4) In Fremdwährung entstandene Kosten	6

(5)	Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen	6
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	6
	Pflichten des Versicherungsnehmers	7
§ 8	Beitragszahlung	7
(1)	Definition des Beitrags und seine Fälligkeit	7
(2)	Bedingung für die Entrichtung eines Monatsbeitrags	7
(3)	Beantragung eines Versicherungsvertrags zur Erfüllung der Versicherungspflicht	7
(4)	Fälligkeit des ersten Beitrags	7
(5)	Zahlungsverzug einer Beitragsrate	7
(6)	Folge eines Beitragsrückstandes bei einer zur Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung	7
(7)	Folgen eines Beitragsrückstandes bei sonstigen Versicherungen	7
(8)	Beendigung des Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit	7
(9)	Beitragsstelle	8
(10)	Zahlung per Lastschrift	8
§ 8a	Beitragsberechnung	8
(1)	Maßgabe der Beitragsberechnung	8
(2)	Eintrittsalter	8
(3)	Altersabhängige Beitragsgruppen für Personen bis Alter 20	8
(4)	Grundlage der Beitragsberechnung bei Änderungen	8
(5)	Änderung der vereinbarten Risikozuschläge bei Beitragsänderungen	8
(6)	Beitragszuschlag bei Vertragsänderung	8
§ 8b	Beitragsanpassung	8
(1)	Erfordernis einer Beitragsanpassung	8
(2)	Anpassung von tariflichen Beträgen, Sätzen und Anteilen bei Beitragsanpassungen	8
(3)	Wann kann von einer Beitragsanpassung abgesehen werden?	8
(4)	Wirksamkeit von Beitragsanpassungen	8
§ 9	Obliegenheiten	9
(1)	Anzeige einer Krankenhausbehandlung	9
(2)	Auskunftspflichten des Versicherungsnehmers/der versicherten Person	9
(3)	Untersuchungen durch einen von der LKH beauftragten Arzt	9
(4)	Schadenminderung	9
(5)	Krankheitskostenversicherungen bei anderen Versicherern	9
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
(1)	Keine Leistungspflicht der LKH	9

(2)	Kündigungsrecht der LKH	9
(3)	Kenntnis und Verschulden der versicherten Person	9
§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte ..	9
(1)	Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte	9
(2)	Mitwirkungspflichten bei Ersatzansprüchen gegen Dritte	9
(3)	Folgen bei Obliegenheitsverletzungen	9
(4)	Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte	9
§ 12	Aufrechnung	9
	Ende der Versicherung	9
§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	9
(1)	Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer	9
(2)	Kündigung einzelner versicherter Personen	9
(3)	Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	9
(4)	Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge .	10
(5)	Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen	10
(6)	Sonstige Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers	10
(7)	Kündigung der Versicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt	10
(8)	Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Krankenversicherers	10
(9)	Einbehalt des Übertragungswertes bei Beitragsrückstand	10
(10)	Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person	10
(11)	Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung	10
§ 14	Kündigung durch die LKH	10
(1)	Verzicht auf ordentliche Kündigung durch die LKH	10
(2)	Das außerordentliche Kündigungsrecht	10
(3)	Beschränkungen der Kündigung auf einzelne Personen und Tarife	10
(4)	Rechte von versicherten Personen bei Kündigung einer Versicherung	10
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe, Wohnsitzverlegung ins Ausland	11
(1)	Tod des Versicherungsnehmers	11
(2)	Tod einer versicherten Person	11
(3)	Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU oder den EWR	11
(4)	Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU oder des EWR	11
(5)	Vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU oder des EWR ...	11

Sonstige Bestimmungen	11
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	11
§ 17 Gerichtsstand	11
(1) Klagen der LKH	11
(2) Klagen des Versicherungsnehmers	11
(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz	11
(4) Sonstige Regelungen	11
§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	11
(1) Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen	11
(2) Unwirksame Bestimmungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen	11
§ 19 Wechsel in den Standardtarif	12
(1) Wechselrecht des Versicherungsnehmers	12
(2) Einschränkung des Wechselrechts	13
§ 20 Wechsel in den Basistarif	12
§ 21 Tarifwechsel, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze	12
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung	13
Hinweis auf die Versicherungsaufsicht	13
Hinweis auf den Rechtsweg	13

Der Versicherungsschutz

Der Landeskrankenhilfe Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (V.V.a.G.) wird nachfolgend mit „die LKH“ oder „der Versicherer“ bezeichnet.

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Allgemeines

Die LKH bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Im Versicherungsfall erbringt die LKH in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Der Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Soweit keine weiteren Leistungen vereinbart sind, gilt als Versicherungsfall auch

- die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- die Behandlung wegen einer Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und weitere Vorsorgeleistungen.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- späteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen (Tarif und Anlagen, Allgemeine Versicherungsbedingungen mit Anhang) sowie
- den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zu Europa zählen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Er kann durch Vereinbarung auf andere Staaten ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3).

Während der ersten zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten besteht auch Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht auch ohne weitere Vereinbarung Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise bzw. den Rücktransport nachweislich nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Die LKH ist über die Notwendigkeit einer Verlängerung

über zwölf Monate hinaus so schnell wie möglich zu informieren.

(5) Umwandlung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt.

Die LKH ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet.

Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

(6) Abschluss des Versicherungsvertrages und besondere Bedingungen

Der Abschluss des Versicherungsvertrages kann von der Vereinbarung besonderer Bedingungen abhängig gemacht werden (Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse); dies gilt auch bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Versicherungsbeginn

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

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.

(2) Kindernachversicherung

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Dies gilt nicht für etwaige Selbstbehalte, die in den Tarifen des betreffenden Elternteils vereinbart sind.

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit

erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Anomalien.

(3) Adoption eines Kindes

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Beginn der Wartezeiten

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Allgemeine und besondere Wartezeiten

Die allgemeinen und besonderen Wartezeiten ergeben sich aus dem Tarif.

(3) Erlass der Wartezeiten

Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn dies bei Antragstellung bzw. Wunsch nach einem Versicherungsangebot beantragt wird und ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der jeweiligen versicherten Person innerhalb von vier Wochen auf dem dafür vorgesehenen Vordruck der LKH vorgelegt wird.

(4) Anrechnung von Wartezeiten

Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(5) Wartezeiten bei Vertragsänderung

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(6) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen

Die Bestimmungen über die Wartezeiten gelten auch bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.

§ 4 Umfang und Einschränkung der Leistungspflicht

Der Umfang und die Einschränkung der Leistungspflicht ergeben sich aus dem Tarif.

§ 5 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

Der Altersrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Altersrückstellung zu bilden ist, werden zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichts-

gesetzes (VAG) jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Altersrückstellung wird als künftige oder sofortige Prämienermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Prämien erhöhungen im Alter, verwendet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die LKH ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der LKH. Werden diese elektronisch eingereicht, so behält sich die LKH vor, das Original nachträglich anzufordern.

Die Heilkostenbelege sind im Original einzureichen und müssen ausreichend spezifiziert sein. Hierzu gehören insbesondere

- die Namen der behandelten Personen,
- die Bezeichnung der Krankheiten,
- die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers oder Krankenhauses (z.B. entsprechende Ziffern der in der Bundesrepublik Deutschland jeweils gültigen Gebührenordnungen oder der Krankenhauspflegesatz nebst Zu- oder Abschlägen) und die dafür in Rechnung gestellten Einzelbeträge,
- die Behandlungsdaten,
- die Aufschlüsselung der Medikamente nach Art, Menge und Einzelbeträgen.

Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikate der Rechnungen anerkannt. Sie müssen den Bestätigungsvermerk des anderen Versicherers oder Versicherungsträgers über die Erstattungshöhe aufweisen.

(2) Fälligkeit der Leistungen der LKH

Weitere Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der LKH ergeben sich aus § 14 VVG.

(3) Empfänger der Leistungen der LKH

Grundsätzlich kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Die LKH ist jedoch verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihr diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren eigene Versicherungsleistungen benannt hat.

(4) In Fremdwährung entstandene Kosten

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei der LKH eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Wechselkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach dem jeweils neuesten Stand zum Zeitpunkt des Einganges der Belege.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen

Die Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Definition des Beitrags und seine Fälligkeit

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten.

Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nach- bzw. zurückzuzahlen.

(2) Bedingung für die Entrichtung eines Monatsbeitrags

Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Beantragung eines Versicherungsvertrags zur Erfüllung der Versicherungspflicht

Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags.

Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann von der LKH die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen der LKH durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Fälligkeit des ersten Beitrags

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen.

(5) Zahlungsverzug einer Beitragsrate

Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Folge eines Beitragsrückstandes bei einer zur Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung

Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn die LKH.

Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt die LKH unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.

Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird.

Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind.

In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; die LKH kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Folgen eines Beitragsrückstandes bei sonstigen Versicherungen

Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Darüber hinaus können Verzugszinsen und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren erhoben werden.

(8) Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Vertragslaufzeit

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht der LKH für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

Wird das Vertragsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung der LKH wegen arglistiger Täuschung beendet, steht der LKH der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Tritt die LKH zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann sie eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8b Beitragsanpassung

(9) Beitragsstelle

Die Beiträge sind an die von der LKH zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(10) Zahlung per Lastschrift

Wird vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss hierfür der LKH ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Die LKH kann verlangen, dass dieses in Textform erteilt wird.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Maßgabe der Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der LKH festgelegt.

(2) Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

(3) Altersabhängige Beitragsgruppen für Personen bis Alter 20

Personen mit einem Alter bis zu 15 Jahren zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, den Beitrag für die Altersgruppe 0 – 15 Jahre. Vom Beginn des nächsten Jahres an ist der Neuzugangsbeitrag für die Altersgruppe 16 – 20 Jahre zu zahlen.

Personen mit einem Alter von 16 – 20 Jahren zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensalter vollenden, den Beitrag für die Altersgruppe 16 – 20 Jahre. Vom Beginn des nächsten Jahres an ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

(4) Grundlage der Beitragsberechnung bei Änderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen der LKH wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(5) Änderung der vereinbarten Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen kann die LKH auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(6) Beitragszuschlag bei Vertragsänderung

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht der LKH für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb der LKH zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(1) Erfordernis einer Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der LKH z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern.

Dementsprechend vergleicht die LKH zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit in den Krankheitskostentarifen eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der LKH überprüft.

Des Weiteren erfolgt eine Überprüfung der Beiträge, sofern die vorzunehmende Gegenüberstellung der tatsächlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt.

Soweit erforderlich, werden die Beiträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Werden die Beiträge angepasst, so richtet sich die Höhe des zusätzlichen Beitrags nach dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Lebensalter der versicherten Person.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Anpassung von tariflichen Beträgen, Sätzen und Anteilen bei Beitragsanpassungen

Der Beitrag bei Abschluss der Versicherung richtet sich nach dem Eintrittsalter. Bei einer Beitragsanpassung können gleichzeitig die in den Tarifen genannten Krankenhaustagegelder, die Höchstbeträge für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie die im Tarif genannten betragsmäßigen Höchstsätze, Eigenanteile und Zuzahlungsbeträge nach Grundsätzen, die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind, den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Die leistungs- und betragsmäßige Anpassung des Versicherungsschutzes wird vor ihrer Durchführung vom Treuhänder auf ihre Berechtigung sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach überprüft.

(3) Wann kann von einer Beitragsanpassung abgesehen werden?

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die LKH und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(4) Wirksamkeit von Beitragsanpassungen

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Anzeige einer Krankenhausbehandlung

Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Auskunftspflichten des Versicherungsnehmers/der versicherten Person

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen der LKH jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der LKH und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Untersuchungen durch einen von der LKH beauftragten Arzt

Auf Verlangen der LKH ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der LKH beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Krankheitskostenversicherungen bei anderen Versicherern

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, der LKH von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Keine Leistungspflicht der LKH

Die LKH ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Kündigungsrecht der LKH

Wird eine der in § 9 Abs. 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann die LKH ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Kenntnis und Verschulden der versicherten Person

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an die LKH schriftlich abzutreten.

(2) Mitwirkungspflichten bei Ersatzansprüchen gegen Dritte

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die LKH soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Folgen bei Obliegenheitsverletzungen

Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist die LKH zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als sie infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die LKH berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte

Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die die LKH auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt wird.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen jeweils dem Kalenderjahr. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.

(2) Kündigung einzelner versicherter Personen

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

(3) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem die LKH ihn hierzu in Textform

aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht der LKH der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu.

Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der LKH steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen

Erhöht die LKH die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Sonstige Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer kann, sofern die LKH die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung der LKH zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

Vollendet eine versicherte Person das achtzehnte Lebensjahr, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten zum Ende des Monats kündigen.

(7) Kündigung der Versicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt

Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Krankenversicherers

Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass die LKH die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt.

Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Einbehalt des Übertragungswertes bei Beitragsrückstand

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann die LKH den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich einbehalten.

(10) Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungs-erklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung

Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Die Fortsetzung des insgesamt oder für einzelne versicherte Personen gekündigten Vertrages in Form einer Anwartschaftsversicherung muss vom Versicherungsnehmer oder von den betroffenen versicherten Personen unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers beantragt werden.

Der Antrag muss spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Kündigung bei der LKH eingegangen sein.

**§ 14
Kündigung durch die LKH**

(1) Verzicht auf ordentliche Kündigung durch die LKH

In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen.

(2) Das außerordentliche Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Beschränkungen der Kündigung auf einzelne Personen und Tarife

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

(4) Rechte von versicherten Personen bei Kündigung einer Versicherung

Hat die LKH eine Versicherung, die nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, wegen

Zahlungsverzugs wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu verlangen.

Als Versicherungsnehmer kann nicht die Person benannt werden, welche Versicherungsnehmer des gekündigten Versicherungsverhältnisses war.

Die jeweilige versicherte Person wird von der LKH über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform informiert.

Das Recht zur Fortsetzung des Vertrages endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe, Wohnsitzverlegung ins Ausland

(1) Tod des Versicherungsnehmers

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Tod einer versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU oder den EWR

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR), so setzt sich, sofern im Tarif nichts anderes geregelt ist, das Vertragsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass die LKH höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die sie bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU oder des EWR

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 15 Abs. 3 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Die LKH kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag (Risikozuschlag) verlangen.

(5) Vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU oder des EWR

Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland in einen anderen Staat als die in § 15 Abs. 3 genannten kann der Versicherungsnehmer verlangen, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln, wenn ein entsprechender Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes bei der LKH eingeht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der LKH bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Klagen der LKH

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen gegen die LKH können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Hauptsitz der LKH in Lüneburg anhängig gemacht werden.

(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der LKH ausschließlich zuständig.

(4) Sonstige Regelungen

Hatte der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland und tritt das den streitigen Anspruch auslösende Ereignis im Ausland ein, so ist hierfür das Gericht am Sitz der LKH ausschließlich zuständig, wenn nicht schon nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen die Zuständigkeit eines anderen Gerichtes in Deutschland gegeben ist. Ansonsten gilt:

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so ist außer dem Gericht am Sitz der LKH ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, das im Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Ansehung des damaligen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zuständig gewesen wäre.

§ 18

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden zu dem in der jeweiligen Änderungsmitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Unwirksame Bestimmungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie die LKH durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für

eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

ungekürzt. Für das Kalenderjahr bereits gewährte Leistungen sowie ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt werden hierauf jeweils angerechnet.

Ansonsten ergeben sich bei einem Tarifwechsel die Leistungshöchstsätze und betragsmäßig festgelegten Selbstbehalte aus den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen.

§ 19

Wechsel in den Standardtarif

(1) Wechselrecht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Einschränkung des Wechselrechts

Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20

Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 21

Tarifwechsel, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze

Sofern der Tarif Leistungshöchstsätze oder betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte vorsieht, reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Bei Beendigung der Versicherung innerhalb eines Kalenderjahres ermäßigen sich diese Werte nicht.

Bei einem Wechsel zwischen Tarifen, denen die AVB/KKV GU zu Grunde liegen, gilt für die in den betreffenden Tarifen bezüglich der Leistungsbereiche völlig übereinstimmenden Leistungshöchstsätze und betragsmäßig festgelegten Selbstbehalte jeweils Folgendes: Bei einem Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifestufe mit niedrigerem Leistungshöchstsatz oder betragsmäßig festgelegtem Selbstbehalt gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß; für den Leistungshöchstsatz oder den betragsmäßigen Selbstbehalt nach bisherigem Tarif gilt Satz 2 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifestufe mit höherem Leistungshöchstsatz oder höherem betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils tariflich vereinbarte Betrag

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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