

Leistungsbeschreibung für die Auslandsreisekrankenversicherung mit Weiterversicherungsrecht – Tarif LA-VN U

Krankenversicherung für Deutsche im Ausland und Ausländer in Deutschland vermittelt durch die Firma Hofmann Versicherungsvermittlungs GmbH mit der Inter Krankenversicherung AG (01.19)

A. Leistungen des Versicherers Tarif LA-VN U der INTER Krankenversicherung AG

(1) Ambulante und stationäre Heilbehandlung	<p>Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung und Entbindung im Ausland werden die Kosten mit 100 % des Rechnungsbetrages ersetzt, und zwar für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Leistungen wie Beratungen, Besuche (Visiten), Sonderleistungen sowie Operationen; • Hebammenhilfe; • Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes; • Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und Therapie; • Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel; • Ärztlich verordnete Heilmittel; (Hierzu gehören Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Inhalation, elektrische und physikalische Heilbehandlung und Heilgymnastik) • Ärztlich verordnete Hilfsmittel; (Hierzu gehören Brillen, Kontaktlinsen, Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, Hörgeräte und Stützapparate (in einfacher Ausführung)); • Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) entsteht nach Ablauf von 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Erstattung bis zu 250 € alle zwei Jahre. • Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme (gesetzlich eingeführte Programme in der Bundesrepublik Deutschland); • Impfungen: Kinderschutzimpfungen (z. B. Keuchhusten, Hepatitis B, Polio, Masern, Mumps, Röteln), Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie • Psychotherapie bis zu 20 Sitzungen pro Person und Kalenderjahr • Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus; • Notwendiger Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene Krankenhaus und zurück.
(2) Zahnärztliche Behandlung im Ausland	<p>Bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung im Ausland werden die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 2.500 € pro Kalenderjahr und Person mit folgenden Prozentsätzen vom Rechnungsbetrag ersetzt, und zwar für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahnbehandlung, einschließlich notwendiger Zahnfüllungen, operative Behandlung sowie Parodontose-Behandlung werden mit 100 % des Rechnungsbetrages erstattet; • Zahnersatz, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne und kieferorthopädische Maßnahmen (Kiefer und Zahnregulierungen) werden mit 80 % des Rechnungsbetrages erstattet;
(3) Weiterversicherungsrecht bei Rückkehr nach Deutschland	<p>Nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes kann der Versicherte in andere, für den Neuzugang geöffnete Tarife der INTER Krankenversicherung AG umstufen. Die Dauer dieser Versicherung wird auf eventuelle Wartezeiten angerechnet. Der Abschluss des neuen Vertrages muss innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr beantragt werden;</p>
(4) Weitere Leistungen der Versicherung	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % der notwendigen Rücktransportkosten – soweit sie Reisemehrkosten darstellen-, wenn ein Rücktransport ins Inland aus medizinischen Gründen erforderlich wird. Zu den Rücktransportkosten zählen auch die während des Rücktransportes anfallenden Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei und Verbandmittel; 2. Notwendige Kosten einer Überführung im Todesfall ins Inland (Wohnsitz bzw. Wohnort des Verstorbenen) bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung innerhalb Europas, sonst bis 10.000 € 3. 100 % der Bestattungskosten im Ausland bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre;
(6) Pflegeversicherung	<p>Bei Bedarf kann der Tarif LA-VN U um eine Pflegeversicherung ergänzt werden.</p>

Auf dem Sand 10 • D - 40721 Hilden
 Telefon +49 2103 78954-0 Telefax +49 2103 78954-25

E-Mail Info@Hofmann-Vers.de

B. Besondere Bestimmung		Tarif LA-VN U der INTER Krankenversicherung AG	
(1) Versicherungsfähigkeit	In diesem Tarif können folgende Personen aufgenommen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Staatsangehörige, die sich im Ausland aufhalten; • Ausländische Mitarbeiter bei in der BRD ansässigen Firmen, die sich vorübergehend mit Aufenthaltsgenehmigung in der BRD aufhalten; • Ausländische Praktikanten bei in der BRD ansässigen Firmen • Gäste bei in der BRD ansässigen Firmen, die sich z. B. zu Informationszwecken in der Firma aufhalten • Studenten, die im Fachstudium eingeschrieben sind oder an ihrer Doktorarbeit Arbeiten Die Familienangehörigen (Ehegatten und Kinder) der o. g. Personen können ebenfalls zu den Bedingungen dieses Tarifs versichert werden. Für den Abschluss einer Krankenversicherung für Ausländer in Deutschland ist eine Pflegeversicherung zwingend erforderlich.		
(2) maximale Versicherungsdauer	keine zeitliche Befristung		
(3) Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes	Bestand während eines Auslandsaufenthaltes für mindestens 6 Monate Versicherungsschutz, so wird dieser bei vorübergehendem Aufenthalt im Inland bis zur Dauer von 6 Monaten auf das Inland ausgedehnt.		
(4) Versicherungsende	Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.		

C. Beiträge		Monatliche Beitragsraten			
Alter	Tarif LA-VN U Ohne Selbstbeteiligung	Alter	Tarif LA-VN U Ohne Selbstbeteiligung	Alter	Tarif LA-VN U Ohne Selbstbeteiligung
0-15	133,15 €	36	210,31 €	54	302,66 €
16-19	132,80 €	37	211,83 €	55	312,69 €
20	132,80 €	38	213,38 €	56	322,77 €
21	173,83 €	39	214,97 €	57	332,96 €
22	177,06 €	40	216,88 €	58	343,32 €
23	180,24 €	41	219,18 €	59	353,95 €
24	183,37 €	42	221,98 €	60	364,55 €
25	186,43 €	43	225,40 €	61	375,10 €
26	189,40 €	44	229,59 €	62	385,59 €
27	192,25 €	45	234,18 €	63	395,99 €
28	194,95 €	46	239,25 €	64	406,28 €
29	197,45 €	47	244,92 €	65	416,04 €
30	199,84 €	48	251,34 €	66	425,96 €
31	202,07 €	49	258,66 €	67	435,72 €
32	204,10 €	50	266,38 €	68	445,32 €
33	205,88 €	51	274,58 €	69	454,83 €
34	207,34 €	52	283,32 €	70	464,21 €
35	208,81 €	53	292,66 €		

* Für Aufenthalte in den USA wird – wegen des stark erhöhten Kostenrisikos – ein Zuschlag von 350 %, für Aufenthalte in Canada ein Zuschlag von 170% erhoben

Diese Leistungsbeschreibung stellt lediglich eine Übersicht dar. Sie ist nur gültig in Verbindung mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif LA-VN U Teil I und Teil II (Tarifstufe LA-VN U).

Prämienzahlung:

Die Absicherung nach Tarif LA-VN U ist nur mit deutschem Bankkonto, zwecks Abruf des Beitrags und für Erstattungen von Leistungen möglich.

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gern. Bitte rufen Sie uns an:

Auf dem Sand 10 • D - 40721 Hilden
 Telefon +49 2103 78954-0 Telefax +49 2103 78954-25

E-Mail Info@Hofmann-Vers.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif LA-VN U

Teil I

Allgemeine Vertragsbestimmungen

Stand: 01.09.2016

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er leistet im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Der 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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), nach Zusage des Versicherers auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus,
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Für den Umfang des Versicherungsschutzes sind der Inhalt des Versicherungsscheines, spätere schriftliche Vereinbarungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Vertragsbestimmungen und Teil II - Tarif) maßgebend. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Rechte und Pflichten der Vertragspartner ergeben sich aus den für das Versicherungsverhältnis maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung sowie den vorstehend erwähnten vertraglichen Grundlagen.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Hierbei gelten alle Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen auf Dauer angelegten Wohnsitz hat, als Inland; alle anderen Länder gelten als Ausland. Bestand während eines Auslandsaufenthalts für mindestens 6 Monate Versicherungsschutz nach Tarif LA-VN U, kann dieser bei vorübergehenden Aufenthalten im Inland unter Fortzahlung der vereinbarten Beiträge bis zu 6 Monaten auf das Inland ausgedehnt werden.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Der Versicherer 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. 8 und 9) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes gegebenenfalls Wartezeiten einzuhalten.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) (siehe Anhang) ist ausgeschlossen.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), der Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

Der Versicherungsschutz beginnt spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt und sich das Neugeborene im Ausland aufhält. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Eltern-teils sein.

Später kann Versicherungsschutz beantragt werden. Der Versicherer kann bei nicht fristgerechter Anmeldung die Annahme von besonderen Bedingungen abhängig machen. Im Zweifel gilt bereits die Vorlage der Geburtsurkunde als Anmeldung von neugeborenen Kindern.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn die Anmeldung zur Versi-

§ 3

Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif (Teil II AVB) und diesen allgemeinen Vertragsbestimmungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.
- (3) Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den im jeweiligen Aufenthaltsland gültigen Gebührenordnungen entsprechen.
- (4) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder vom Arzt bezogen werden.
- (5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (6) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenzen aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 5 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- (7) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (8) Für die Feststellung welchem Kalenderjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden müssen, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen und Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Un-

- fälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungs- oder Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif (Teil II AVB) nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort einen dauerhaften Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, eingenommen mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - h) für Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Beseitigung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern, für Pflegepersonal, für ärztliche Gutachten und Atteste sowie für Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfallversicherung oder einer gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:

Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Findet die Heilbehandlung in einem Land statt, in dem es keine Gebührenordnung gibt, sind in der Kostenrechnung sämtliche Tätigkeiten des Arztes mit dem jeweiligen Kostenansatz aufzuführen.

Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsdatum und Namen der behandelten Person versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In Ausnahmefällen genügt es, wenn der Behandelnde die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.

Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.

Für die Erstattung folgender Kosten sind neben der Originalrechnung mit vorzulegen:

 - a) bei Krankenrücktransport eine Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit und die ärztliche Anordnung des Krankenrücktransports;
 - b) bei Überführung oder Bestattung im Todesfall die amtliche Sterbeurkunde mit ärztlicher Bescheinigung über die Todesursache.
- (3) Die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers ergeben sich aus § 14 Abs. 1 und 2 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer 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 laut "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs zu beschaffen sind.

INTER Krankenversicherung AG

- tigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein Konto in der Bundesrepublik Deutschland - können von den Leistungen abgezogen werden.
 - (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.
 - (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform von dem Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung

verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.

Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei dem Versicherer.

Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende

Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

- (1) 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. Werden die monatlichen Beitragsraten für ein Jahr im Voraus bezahlt, wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt.

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- (2) Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienende Krankheitskostenversicherung später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag zu entrichten. Dieser beträgt für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbei-

trags. 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 vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

Wird der Vertragsabschluss zwischen dem 01. August 2013 und dem 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Beitragszuschlag zu entrichten.

- (4) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienenden Krankheitskostenversicherung mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrags ein zwei-

tes Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil 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 (siehe Anhang) versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrags tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II) oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XII) 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 dem Eintritt des Ruhens versichert war (Ursprungstarif), wenn alle rückständigen Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 6 und 7 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versiche-

rungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Ursprungstarif gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder dem SGB XII nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (5) Bei anderen als den in Abs. 4 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Leistungsbefreiung des Versicherers führen.
- (6) Der dauerhafte Aufenthalt in anderen Ländern entbindet nicht von der Beitragspflicht.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a

Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Der Beitrag oder die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils aktuellen Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- (3) Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (4) Zum Versicherungsbeginn können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
- (5) Für jeden Kalendermonat, in dem sich eine versicherte Person vollständig oder nur zeitweise in Nordamerika (USA oder Kanada) aufhält, ist der hierfür in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag zu zahlen.
- (6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte 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. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung einen neuen Versicherungsschein oder einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- (7) Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 – 20 Jahre) ist vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein, sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat.
- (8) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge sowie den Nordamerika-Zuschlag nach Absatz 5 entsprechend ändern.
- (9) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b

Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif
- a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9

Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) 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, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil

des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die

Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, dem Versicherer ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 schriftlich abzutreten.

§ 12

Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung

unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu.

Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.

Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstver-

hältnis gleich.

- (3) 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 Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, 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.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer 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 des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

- (6) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 3, 4 und 5 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 Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.
- (7) 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, soweit sie sich in diesem Zeitpunkt weiterhin im Ausland (siehe § 1 Abs. 4) aufhalten. Siehe hierzu auch § 15 Abs. 3.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

- (8) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.
- (9) Kündigt der Versicherungsnehmer eine Krankheitskostenvollversicherung und schließt gleichzeitig bei einem anderen Krankenversicherer eine neue Versicherung ab, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, kann er verlangen, dass der Versicherer 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 (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aufgrund gesetzlicher Bestimmungen bleibt unberührt.

Eine danach zulässige Kündigung kann auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch für die Dauer des Aufenthaltes im Ausland (siehe § 1 Abs. 4) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

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

- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet ferner
- mit dem dauerhaften Wegzug ins Inland (siehe § 1 Abs. 4). Beendet nur eine versicherte Person ihren Auslandsaufenthalt, endet insoweit das Versicherungsverhältnis,
 - mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Sinne von Teil II Abschnitt I.
- (4) Besteht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses

nach Absatz 3 b) eine Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang), wird die Versicherung zunächst nach Tarif LA-V fortgesetzt; der Versicherungsnehmer hat im Rahmen von Teil I § 1 Abs. 5 AVB das Recht auf Umstellung in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung.

Ist bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit kein Umstellungsantrag beim Versicherer eingegangen, ist der Versicherer berechtigt, die betreffenden Versicherungen mit Wirkung zum Ersten des folgenden Monats in Tarife seiner Wahl umzustellen, die der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) genügen; hierbei gilt Teil I § 1 Abs. 5 Satz 3 und 4 AVB entsprechend. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt sein Recht auf Tarifwechsel nach Teil I § 1 Abs. 5 AVB wahrnehmen oder unter den Voraussetzungen von Teil I § 13 Abs. 4 AVB kündigen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, soweit gesetzlich nicht

eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 17

Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit

der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus Deutschland heraus, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versiche-

rungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19

Wechsel in den Basis- oder Standardtarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, aus einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen

wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.

§ 20

Sonstige Bestimmungen

Die Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen

festen Beitrag gemäß den Bestimmungen der Satzung des Versicherers.

INTER Krankenversicherung AG

Teil II

Tarif LA-VN U

Tarifstufen LA-VN U und LA-VN S U

01.09.2016

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit Teil I - Allgemeine Vertragsbestimmungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die sich vorübergehend im Ausland (siehe Teil I § 1 Abs. 4) aufhalten. Familienangehörige können mitversichert werden, Kinder nur

solange sie vom Versicherungsnehmer wirtschaftlich abhängig sind.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) ärztliche Leistungen.

Hierzu gehören z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Operationen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführter Programme.

Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch Psychotherapeuten in eigener Praxis, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht Ärzten gleichgestellt sind, sind bis zu 20 Sitzungen pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig, soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt hat.

Aufwendungen für Heilpraktikerbehandlung sind nicht erstattungsfähig.

b) Arznei- und Verbandmittel.

Ohne Dispens abgegebene Arzneimittel unterliegen nicht der Erstattungspflicht. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Präparate, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei schweren Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden bzw. zu mildern.

Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungspräparate, Nahrungsergänzungsmittel,

potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und ähnliches, und zwar selbst dann nicht, wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

c) Leistungen einer Hebamme/ eines Entbindungspfleger.

d) Heilmittel, d. h. Heilmaßnahmen, die ärztlich verordnet sind und von staatlich geprüften Angehörigen von Heilhilfsberufen durchgeführt werden.

Hierzu zählen ausschließlich Inhalationen und Physiotherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).

Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Behandlers sind nicht erstattungsfähig.

e) folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen:

- Bruchbänder,
- Gehapparate,
- Kompressionsstrümpfe,
- Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR,
- orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 400 EUR,
- orthopädische Schuheinlagen,
- Sprechhilfen

- Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art aus dieser Liste werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr erbracht, sofern nachweislich eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist.

- Sehhilfen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen insgesamt bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 EUR. Ein Anspruch auf den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit dem letzten Bezug.

Alle nicht genannten Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel sind nicht erstattungsfähig.

Anstelle der Kostenerstattung kann auch eine leihweise Überlassung der Hilfsmittel vereinbart werden. Insoweit werden tarifliche Begrenzungen der Rechnungsbeträge (z. B. bei Krankenfahrstühlen) nicht vorgenommen.

- f) Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie und Frühsommermeningoenzephalitis (Zeckenschutzimpfung) handelt.
- g) Fahrt oder Transport zum und vom nächst-erreichbaren Arzt bei Unfällen (am Unfalltag).

1.2 Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Aufwendungen. Sie beträgt

100 %

abzüglich einer vereinbarten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung beträgt in der Tarifstufe

LA-VN U **0 EUR**

LA-VN S U **300 EUR**

pro Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Ändert sich bei einem Tarifwechsel die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, gilt für das Umstellungsjahr eine Selbstbeteiligung, die sich aus der anteilig geminderten bisherigen Selbstbeteiligung und der anteilig geminderten neuen Selbstbeteiligung zusammensetzt. Endet das Versicherungsverhältnis vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht.

2. Krankenrücktransport, Überführung oder Bestattung im Todesfall

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankenrücktransport ins Inland, abzüglich etwaiger ersparter Aufwendungen für die Rückreise. Die Inter übernimmt auf Wunsch die Organisation des Rücktransportes, wenn vor Durchführung des Rücktransportes bei deren medizinischem Dienst (Tel.: 0621 427 427) eine Leistungszusage eingeholt wird. Der medizinische Dienst trifft die Entscheidung über einen solchen Rücktransport im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt und veranlasst den Rücktransport.
- b) Überführung ins Inland oder Bestattung am Sterbeort bis zu einer Höhe von 5.000 EUR bei einer Überführung innerhalb Europas, sonst bis 10.000 EUR, im Falle des Ablebens des Versicherten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, sofern nicht bereits Leistungen von einem anderen Kostenträger erbracht worden sind.

2.2 Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Aufwendungen. Sie beträgt

100 %

unter Berücksichtigung der vorstehend genannten Höchstsätze.

3. Stationäre Heilbehandlung

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne
 - des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung - z.B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte - bzw.
 - der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) in der jeweils geltenden Fassung

sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z.B. Privatkliniken), werden die vorstehenden Ausführungen ebenfalls angewendet.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne gesondert vereinbarte privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten sowie der Leistungen von freiberuflichen Hebammen und Entbindungspflegern.

- b) Wahlleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) in den jeweils geltenden Fassungen.

Zu den versicherten Wahlleistungen zählen

- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. nach der BPfIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

- c) Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst-erreichbaren, geeigneten Krankenhaus.

3.2 Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Aufwendungen. Sie beträgt

100 %.

4. Zahnärztliche Behandlung

4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen (einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Material- und Laborkosten) für

- konservierende Zahnbehandlung (inkl. Zahnprophylaxe);
- Kieferorthopädie;
- Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Einlagefüllungen, Aufbaufüllungen und Provisorien, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen.

4.2 Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Aufwendungen. Sie beträgt

für Zahnbehandlung	100 %
für Kieferorthopädie und Zahnersatz	80 %

der Kosten bis zu einer maximalen Erstattung von insgesamt

2.500 EUR

pro Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, vermindert sich der vorstehend angegebene Höchstsatz für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Ändert sich bei einem Tarifwechsel der Höchstsatz, gilt für das Umstufungsjahr ein Höchstsatz, der sich aus dem anteilig geminderten bisherigen Höchstsatz und dem anteilig geminderten neuen Höchstsatz zusammensetzt.