

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB K1)

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif K1 sind Personen, für die Versicherungsschutz nach einem Tarif mit stationären Wahlleistungen unabhängig vom Grund der stationären Aufnahme bei der ENVIVAS besteht.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit die Versicherung nach Tarif K1.

2. Versicherungsschutz

2.1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Die ENVIVAS erbringt im Versicherungsfall Serviceleistungen

- zur Ergänzung einer stationären Heilbehandlung (auch bei Schwangerschaft und Entbindung) sowie einer unmittelbar daran anschließenden ambulanten Folgebehandlung;
- außerdem zur Ergänzung einer ambulanten Heilbehandlung einer der unter Nr. 2.8 genannten schweren Erkrankungen, auch wenn vorab keine stationäre Behandlung der Erkrankung erfolgt ist;
- außerdem zur Ergänzung einer ambulanten Heilbehandlung nach Unfällen, auch wenn vorab keine stationäre Behandlung der Unfallfolgen erfolgt ist.

Die vertraglichen Leistungen werden ausschließlich innerhalb Deutschlands erbracht.

2.2 Versicherungsfall

2.2.1 Ein Versicherungsfall liegt vor,

- wenn sich eine versicherte Person einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, ggf. mit einer daran anschließenden ambulanten Folgebehandlung, unterziehen muss und hierdurch bei der versicherten oder einer leistungsberechtigten Person nach Nr. 2.5 ein konkreter Hilfebedarf entsteht. Als Versicherungsfall gilt hierbei auch ein Hilfebedarf infolge einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung wegen Schwangerschaft bzw. Entbindung;
- außerdem wenn sich eine versicherte Person der medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung einer der unter Nr. 2.8 genannten schweren Erkrankungen unterziehen muss, ohne dass zuvor eine stationäre Behandlung dieser Erkrankung stattgefunden hat, und hierdurch bei der versicherten oder einer leistungsberechtigten Person nach Nr. 2.5 ein konkreter Hilfebedarf entsteht, weil die versicherte Person zu Hause nicht in der Lage ist, ihre regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens ganz oder teilweise zu erledigen;
- außerdem wenn sich eine versicherte Person infolge eines Unfalls einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung unterziehen muss, ohne dass zuvor eine stationäre Behandlung der Unfallfolgen stattgefunden hat, und hierdurch bei der versicherten oder einer leistungsberechtigten Person nach Nr. 2.5 ein konkreter Hilfebedarf entsteht, weil die versicherte Person zu Hause nicht in der Lage ist, ihre regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens ganz oder teilweise zu erledigen.

2.2.2 Der Versicherungsfall beginnt mit Eintritt des Hilfebedarfs nach Nr. 2.2.1 und endet, wenn der Hilfebedarf nicht mehr besteht. Sämtliche medizinisch notwendige Behandlungen, die auf ein und dieselbe Erkrankung bzw. auf ein und denselben Unfall zurückzuführen sind, gelten als ein Versicherungsfall.

2.3 Beginn des Versicherungsschutzes

2.3.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten gemäß Nr. 2.4. 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.

2.3.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens

zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.

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

2.4 Wartezeiten

2.4.1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2.4.2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- bei Unfällen,
- für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

2.4.3 Die besonderen Wartezeiten für Entbindung und Psychotherapie betragen acht Monate. Sie entfallen bei Unfällen.

2.5 Leistungsberechtigte Personen

Als leistungsberechtigte Personen gelten die versicherte Person sowie laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit ihr lebende Personen, die von der versicherten Person üblicherweise versorgt werden.

2.6 Umfang der Versicherungsleistungen

Der Umfang der zur erbringenden Leistungen richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der leistungsberechtigten Personen. Auf Grundlage einer qualifizierten Bedarfsanalyse vermittelt die ENVIVAS entsprechende Dienstleister bzw. organisiert die Leistungserbringung durch diese.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen nach Nr. 2.6.1 bis Nr. 2.6.15, die nicht durch die ENVIVAS organisiert wurden, besteht nicht.

Besteht ein Anspruch auf die nach Nr. 2.6.1 bis Nr. 2.6.15 versicherten Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger oder anderweitigen Kostenträger, leistet die ENVIVAS nur in dem Umfang, in dem die Leistungen nicht durch den gesetzlichen Sozialversicherungsträger oder anderweitigen Kostenträger zu erbringen sind.

2.6.1 Organisation eines Erste-Hilfe-Versorgungspaketes

Die ENVIVAS organisiert bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person einmalig ein Erste-Hilfe-Paket. Der Leistungsumfang umfasst die Besorgung folgender Waren für die versicherte Person:

- Schlafanzug und Unterwäsche,
- Hygieneartikel wie z.B. Zahnpflegezeug, Rasierzeug, Creme, Deodorant.

Die Kosten für die Dienstleistung werden von der ENVIVAS übernommen. Alternativ wird der Versand organisiert und die hierdurch entstehenden Kosten übernommen. Die Kosten für die eingekauften Waren sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

2.6.2 Kinderbetreuung im Notfall

Sollte die Betreuung der im Haushalt lebenden leistungsberechtigten Kinder unmittelbar nach Eintritt des Versicherungsfalles nicht sichergestellt sein, wird eine Kinderbetreuung für die Dauer von zusammenhängend maximal 48 Stunden organisiert und die Kosten hierfür übernommen. Die Leistung umfasst die Betreuung der Kinder rund um die Uhr, z.B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereiten der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person.

2.6.3 Organisation der Anreise zum Krankenhaus

Die ENVIVAS organisiert bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person für deren Angehörige einmalig die Anreise zum Krankenhaus und tätigt auf Wunsch eine Hotelreservierung. Reise- und Hotelkosten sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

- 2.6.4 Heimfahrt der versicherten Person nach stationärer Heilbehandlung
Die Organisation und die Mehrkosten entweder einer Fahrt mit dem Taxi bis maximal 50 Kilometer oder einer Zugfahrt 1. Klasse werden übernommen.
- 2.6.5 Erste Kühlschranksbefüllung nach stationärer Heilbehandlung
Bei Entlassung der versicherten Person aus dem Krankenhaus wird die erste Befüllung des Kühlschranks im Haushalt der versicherten Person organisiert. Die Kosten für die Organisation einschließlich der vorherigen telefonischen Abstimmung des Einkaufszettels und der Anlieferung werden übernommen. Die Kosten für die eingekauften Lebensmittel und Waren sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 2.6.6 Bringservice aus dem Haushalt der versicherten Person
Bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person werden einmal wöchentlich die Post sowie benötigte kleinere Gegenstände aus der Wohnung zum Krankenhaus gebracht, bei größeren Entfernungen ab 50 Kilometern wird der Versand organisiert. Die Kosten hierfür werden übernommen.
- 2.6.7 Haustierunterbringung
Für im Haushalt der versicherten Person lebende Haustiere, die die versicherte Person üblicherweise versorgt, wird eine Unterbringung organisiert.
Als Haustiere gelten die im Haushalt der versicherten Person lebenden Kleintiere: Hunde (außer gefährliche Hunde nach den landesrechtlichen Vorschriften am Aufenthaltsort der versicherten Person), Katzen, Vögel, Nagetiere (außer Ratten), Fische und Schildkröten. Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfpass besitzt, keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist.
Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht. Alternativ wird eine Betreuung im üblichen Umfang zu Hause organisiert, welche Fütterung, Pflege und bei Bedarf das Spazieren führen des Haustiers beinhaltet.
Die Kosten für die Abholung des Haustiers, die Unterbringung sowie die Verpflegung in einer Tierpension bzw. alternativ für die Betreuung zu Hause werden übernommen. Die Kosten für ggf. anfallende Tierärztkosten sowie bei Betreuung zu Hause für das Tierfutter und evtl. Pflegeprodukte sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 2.6.8 Pflanzenpflege
Einmal wöchentlich werden die Pflanzen, die sich in der Wohnung bzw. im Haus der versicherten Person befinden - sowie bei Bedarf die Pflanzen auf dem dazugehörigen Balkon bzw. im angrenzenden Garten - gegossen. Die Kosten für die Dienstleistung werden übernommen.
- 2.6.9 Versorgung der Wäsche
Einmal wöchentlich werden Kleidung und Wäsche der leistungsberechtigten Personen gewaschen und gepflegt. Dazu zählen:
- Waschen, sofern eine Waschmaschine im Haushalt der versicherten Person vorhanden ist,
- Trocknen,
- Bügeln,
- Hin- und Rücktransport zu bzw. von einer professionellen Reinigung oder Wäscherei,
- Ausbessern,
- Sortieren und Einräumen sowie
- Schuhpflege.
Die Kosten der Dienstleistung werden übernommen.
Bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person wird deren Kleidung und Wäsche im Krankenhaus abgeholt und gereinigt wieder zurückgebracht. Die Kosten einer professionellen Reinigung oder Wäscherei sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 2.6.10 Einkaufsdienst
Einmal wöchentlich werden Einkäufe für die leistungsberechtigten Personen durchgeführt. Dazu zählen
- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen,
- die Arzneimittelbesorgung,
- die fachgerechte Unterbringung der eingekauften Güter,
- die Hinweise zur Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.
Die Kosten der Dienstleistung werden übernommen. Die Kosten für die eingekauften Waren sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 2.6.11 Reinigung der Wohnung
Einmal wöchentlich wird der Wohnraum der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Dazu zählt die Reinigung der üblicherweise bewohnten bzw. benutzten Zimmer wie z.B.
- Wohnzimmer,
- Schlafzimmer,
- Kinderzimmer,
- Badezimmer einschließlich der Toilette,
- Küche
sowie das Trennen und Entsorgen des Abfalls.
Die Kosten für die Dienstleistung werden übernommen.
- 2.6.12 Menüservice
Der Menüservice beinhaltet die Anlieferung nach Hause von bis zu sieben Hauptmahlzeiten pro Woche für die leistungsberechtigten Personen nach vorheriger freier Auswahl aus dem Menüsortiment. Je nach regionaler Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche Anlieferung von warmen Mittagessen oder eine wöchentliche Anlieferung tiefgekühlt für bis zu sieben Tage. Die Kosten für die Anlieferung sowie für die Mahlzeiten werden übernommen.
- 2.6.13 Hausaufgabenbetreuung
Für leistungsberechtigte schulpflichtige Kinder wird eine Hausaufgabenbetreuung bis zu fünfmal die Woche für jeweils zwei Stunden am Wohnort der versicherten Person oder am vorübergehenden Aufenthaltsort des schulpflichtigen Kindes organisiert. Als schulpflichtige Kinder gelten Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Die Kosten für Organisation und Dienstleistung werden übernommen.
- 2.6.14 Fahrdienst und Begleitservice
Für die versicherte Person wird für maximal zwei Termine je Woche ein Fahrdienst zur Krankengymnastik, zu Arztterminen, Therapien oder Behördengängen organisiert sowie die versicherte Person im Bedarfsfall zu diesen Terminen begleitet.
Die Kosten der Begleitung sowie Fahrtkosten zu den oben genannten Terminen werden übernommen, sofern die Termine maximal 50 Kilometer vom Wohnort der versicherten Person entfernt stattfinden. Die Mehrkosten bei größeren Entfernungen sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 2.6.15 Freizeitbegleitung
Zweimal wöchentlich für jeweils zwei Stunden erfolgt eine Begleitung der versicherten Person bei Spaziergängen und anderen Freizeitbeschäftigungen sowie ggf. die Organisation eines hierfür notwendigen Fahrdienstes. Die Kosten der Begleitung sowie des Fahrdienstes werden übernommen, sofern der Zielort maximal 50 Kilometer vom Wohnort der versicherten Person entfernt liegt. Die Mehrkosten bei größeren Entfernungen sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 2.7 Dauer der Leistungserbringung**
Die Leistungen nach Nr. 2.6.1 bis Nr. 2.6.5 werden einmalig je Versicherungsfall erbracht.
Die Leistungen nach den Nummern 2.6.6, 2.6.14 und 2.6.15 werden für die Dauer der Hilfebedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für zehn Wochen je Versicherungsfall.
Die Leistungen nach Nr. 2.6.7 bis Nr. 2.6.13 werden während eines stationären Aufenthalts der versicherten Person für bis zu zehn Wochen sowie ferner bei Hilfebedürftigkeit nach einem stationären Aufenthalt bzw. während einer ambulanten Heilbehandlung gem. Nr. 2.2.1 b) oder Nr. 2.2.1 c) für bis zu zehn Wochen je Versicherungsfall erbracht.
Für die zuvor genannten maximalen Leistungsdauern gilt jeweils: Die Frist läuft ab erstmaliger Inanspruchnahme der jeweiligen Leistung, wobei die Frist auch unterbrochen und die Leistung zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden kann, soweit weiterhin bzw. erneuter Hilfebedarf besteht und die Gesamtleistungsdauer von zehn Wochen noch nicht erreicht ist.
- 2.8 Festlegung schwerer Erkrankungen**
Für den **Versicherungsfall gemäß 2.2.1 b)** sind folgende schwere Erkrankungen bzw. die nachfolgend genannten medizinisch notwendigen Maßnahmen relevant:
a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen,
b) Bypass-Operation,
c) Herzklappen-Operation,
d) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks,
e) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,
f) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),
g) Operationspflichtige Carotis-Stenose (Verengung der Halsschlagader),
h) Knochenmarksversagen,

- i) Multiple Sklerose,
- j) Operationen am Gehirn bei Neubildungen,
- k) Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader),
- l) Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders.

Leistungsvoraussetzung ist, dass die Diagnose der aufgeführten Erkrankungen fachärztlich gestellt wurde.

2.9 Festlegung des Unfallbegriffs

Für den **Versicherungsfall gemäß 2.2.1 c)** gilt:

- 2.9.1 Ein Unfall liegt vor,
- a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, oder
 - b) wenn durch erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrissen oder gezerzt werden.
 - c) wenn die versicherte Person infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe - mit Ausnahme von Nahrungsmitteln - durch den Schlund in Unkenntnis der giftigen Eigenschaft des Stoffes eine Vergiftung erleidet.

2.9.2 Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Unfallfolgen.

Kein Versicherungsschutz besteht ferner für Unfälle, die ursächlich

- a) auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen.
 - b) auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.
 - c) im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt.
 - d) auf der Ausübung folgender Sportarten beruhen: Skispringen, Drachenfliegen, Free-Climbing, Motorrennsport, Boxen, Vollkontakt-Karate, Kick- oder Thaiboxen, Rugby oder American Football.
- 2.9.3 Die ENVIVAS kann auch für bestehende Verträge den Katalog der unter 2.9.2 d) genannten und von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, wenn andere gefährliche Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen. Die Änderungen gelten in diesem Fall nicht für bereits laufende Versicherungsfälle.
- Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
- 2.9.4 Kein Versicherungsschutz besteht für Hilfebedarf aufgrund von
- a) Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen /-bissen sowie Zeckenbissen,
 - b) Bauch- oder Unterleibsbrüche,
 - c) Schäden an Bandscheiben.

2.10 Ende des Versicherungsschutzes

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

2.11 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
- b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

Pflichten des Versicherungsnehmers

3. Beitragszahlung

- 3.1 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 ge-

zahlt 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, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- 3.2 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

- 3.3 Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

- 3.4 Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.

- 3.5 Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.

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

- 3.7 Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.

- 3.8 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

4. Beitragsanpassung

- 4.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Kosten, einer häufigeren Inanspruchnahme von Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des Schadenbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlage überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- 4.2 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam,

der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

5. Obliegenheiten

- 5.1 Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- 5.2 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- 5.3 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 5.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- 5.5 Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

6. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 6.1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in 5.1 bis 5.4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- 6.2 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

7. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- 7.1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- 7.2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- 7.3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich eine der in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- 7.4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

8. Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Beendigung der Versicherung

9. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 9.1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
- 9.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 9.3 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, 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.

- 9.4 Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen, 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.
- 9.5 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- 9.6 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder dauerhaften gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, kann der Vertrag für diese Person insoweit mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden.

10. Kündigung durch den Versicherer

- 10.1 Der Versicherer verzichtet auf eine ordentliche Kündigung von einzelnen Versicherungsverhältnissen. Er kann jedoch für den Gesamtbestand aller nach diesem Tarif versicherten Personen das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- 10.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

11. Sonstige Beendigungsgründe

- 11.1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.
- 11.2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 11.3 Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

12. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

13. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- 13.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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.
- 13.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.