



Allgemeine Bedingungen 2009
für die Kollektiv-Krankenver-
sicherung der Mannheimer
Krankenversicherung AG
(Mannheimer AB-Kranken
Kollektiv 2009)

Stand: 01.01.2009

Allgemeine Bedingungen 2009 für die Kollektiv-Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken Kollektiv 2009)

§ 1	Allgemeine Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung im Kollektiv und Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif	3
§ 2	Arten der Krankenversicherung	3
§ 3	Versicherte Personen	3
§ 4	Versicherungsschein	3
§ 5	Schriftverkehr; Wirksamwerden von Erklärungen des Versicherers	3
§ 6	Anspruch auf Versicherungsleistungen	3
§ 7	Gleichstellung des Versicherten und der über ihn Mitversicherten mit dem Versicherungsnehmer	3
§ 8	Anmeldung zum Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag und Zustandekommen der einzelnen Versicherungsverhältnisse	4
§ 9	Anzeigepflicht bei der Anmeldung	4
§ 10	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes; Wartezeiten	4
§ 11	Versicherungsschutz für neugeborene und adoptierte Kinder	4
§ 12	Beitrag; Beitragsberechnung	4
§ 13	Beitragszahlung; Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung	5
§ 14	Beitragsanpassung	6
§ 15	Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls	6
§ 16	Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls	6
§ 17	Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 18	Abtretung; Aufrechnung; Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte	7
§ 19	Wechsel in andere Tarife des Versicherers	7
§ 20	Wechsel zu einem anderen Versicherer	8
§ 21	Kündigung durch den Versicherer	8
§ 22	Ende des Versicherungsverhältnisses	8
§ 23	Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses	9
§ 24	Verjährung	9
§ 25	Inländische Gerichtsstände	9
§ 26	Form für Anzeigen und Erklärungen	9
§ 27	Änderung der Bedingungen	9
§ 28	Gesetzliche Vorschriften	10

§ 1 Allgemeine Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung im Kollektiv und Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif

Die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen enthalten allgemeine Regelungen zu einem vom Versicherungsnehmer mit dem Versicherer abgeschlossenen Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag und zu den auf der Grundlage dieses Kollektiv-Krankenversicherungsvertrages zustande gekommenen Versicherungsverhältnissen des Versicherten und der über ihn Mitversicherten. Die Leistungen, die der Versicherer in den einzelnen Versicherungsverhältnissen im Versicherungsfall erbringt, ergeben sich nach Art und Höhe aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif. Die Allgemeinen Bedingungen und die Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergänzen sich und gelten stets nur zusammen.

§ 2 Arten der Krankenversicherung

1. Je nach Vereinbarung im Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag kann das Versicherungsverhältnis als Krankheitskostenversicherung, als Krankenhaustagegeldversicherung, als Krankentagegeldversicherung oder als Pflegekostenversicherung zustande kommen.
2. In der Krankheitskostenversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für Krankheit oder Unfallfolgen und die Aufwendungen für sonstige vereinbarte Maßnahmen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
3. In der Krankenhaustagegeldversicherung zahlt der Versicherer im Versicherungsfall bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld.
4. In der Krankentagegeldversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld.
5. In der Pflegekostenversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall bei Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen.
6. Neben den in Nummern 1-5 der Art nach beschriebenen Leistungen kann der Versicherer auch unmittelbar mit diesen Leistungen im Zusammenhang stehende Dienstleistungen anbieten.
7. Substitutive Krankenversicherung ist eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (vgl. § 12 Abs. 1 VAG, § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG). Sie ist für Personen konzipiert, die nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind.
8. Krankheitskosten-Pflichtversicherung im Sinne dieser Bedingungen ist eine Krankheitskostenversicherung, mit der eine sich aus § 193 VVG ergebende Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankheitskostenversicherung erfüllt werden kann.

§ 3 Versicherte Personen

Wer Versicherter oder Mitversicherter werden kann, bestimmt sich nach den Vereinbarungen im Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag und gegebenenfalls auch nach den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif.

§ 4 Versicherungsschein

Der Versicherer stellt jedem Versicherten einen Versicherungsschein aus, in dem die Versicherungsverhältnisse des Versicherten und der über ihn Mitversicherten dokumentiert werden.

§ 5 Schriftverkehr; Wirksamwerden von Erklärungen des Versicherers

1. Zu Fragen, die den Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag insgesamt und sämtliche Versicherungsverhältnisse betreffen, wird der Schriftwechsel zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Die Versicherten werden je nach Vereinbarung vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer informiert.
2. Zu Fragen, die ausschließlich einzelne Versicherungsverhältnisse betreffen, wird der Schriftwechsel zwischen dem Versicherten und dem Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit dem Zugang beim Versicherten wirksam.

§ 6 Anspruch auf Versicherungsleistungen

1. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen für einen Versicherten und die über ihn Mitversicherten steht dem Versicherten zu und wird von ihm gegenüber dem Versicherer geltend gemacht.
2. Mitversicherte Personen können nach § 194 VVG die sie betreffenden Versicherungsleistungen verlangen, wenn der Versicherte sie gegenüber dem Versicherer in Textform als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benannt hat.

§ 7 Gleichstellung des Versicherten und der über ihn Mitversicherten mit dem Versicherungsnehmer

Soweit die Kenntnis oder das Verhalten des Versicherungsnehmers des Kollektiv-Krankenversicherungsvertrages von rechtlicher Bedeutung ist, sind bei dem Versicherungsverhältnis des Versicherten auch seine eigene Kenntnis und sein eigenes Verhalten und bei dem Versicherungsverhältnis eines Mitversicherten auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten und des Mitversicherten zu berücksichtigen.

§ 8 Anmeldung zum Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag und Zustandekommen der einzelnen Versicherungsverhältnisse

1. Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt auf einem Anmeldeformular, in dem die Teilnahme am Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag beantragt wird.
2. Das Versicherungsverhältnis kommt zustande, wenn der Versicherer die Annahme der Anmeldung erklärt und der Versicherte nach Überlassung des Versicherungsscheines (§ 4) nicht von einem ihm zustehenden Widerrufsrecht Gebrauch macht.

§ 9 Anzeigepflicht bei der Anmeldung

1. Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass ihm die für den Vertragsabschluss und für die Übernahme des zu versichernden Risikos maßgebenden Umstände wahrheitsgemäß und vollständig mitgeteilt werden.
2. Der Versicherungsnehmer hat – entweder selbst oder, soweit es um ihm nicht zu offenbarende Informationen über Gesundheitsverhältnisse geht, durch den Versicherten – dem Versicherer bei der Anmeldung die ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherer später, aber noch vor der Vertragsannahme solche Fragen stellt. Bei Verletzung dieser Anzeigepflicht kann der Versicherer nach Maßgabe der §§ 19 bis 21, 194 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen oder eine Vertragsanpassung vornehmen.
3. Das Recht des Versicherers, den Vertrag nach den §§ 22 VVG, 123 BGB wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.
4. Für die Anzeige der eine versicherte Person betreffenden Umstände sind auch der Versicherte und der jeweilige Mitversicherte verantwortlich.
5. Wirkt bei der Anmeldung ein Vertreter des Versicherungsnehmers mit, ist dem Versicherungsnehmer nach Maßgabe des § 20 VVG auch dessen Kenntnis und Verhalten zuzurechnen. Für den Versicherten gilt Satz 1 entsprechend.
6. Bei einer Änderung des Vertrages gelten die Nrn. 1 - 5 entsprechend.

§ 10 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes; Wartezeiten

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns, aber nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten. Ist dem Versicherten oder dem Mitversicherten zu dem Zeitpunkt, in dem die Anzeigepflicht endet, bekannt, dass ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für diesen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz, auch nicht für die Zeit nach dem vereinbarten Zeitpunkt. Ist dem Versicherer ein solcher Versicherungsfall jedoch bis zu dem Zeitpunkt, in dem die Anzeigepflicht endet, angezeigt worden, ist der Versicherungsschutz nur für die Zeit vor dem vereinbarten Zeitpunkt ausgeschlossen.
2. Wartezeiten bestehen nur, sofern die Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif Wartezeiten vorsehen. Der Lauf der Wartezeiten beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns.
3. Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 11 Versicherungsschutz für neugeborene und adoptierte Kinder

1. Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz, so wie sie geboren sind, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Jedoch kann in der Krankheitskostenversicherung auch ein Tarif mit niedrigerem oder ein Tarif ohne Selbstbehalt gewählt werden.
2. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht ein erhöhtes Risiko, kann der Versicherer einen Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

§ 12 Beitrag; Beitragsberechnung

1. Der Beitrag ist als Jahresbeitrag für das Versicherungsjahr kalkuliert. Er wird von dem für den Beginn des Versicherungsschutzes vereinbarten Zeitpunkt an berechnet und ist im Voraus, je nach vereinbarter Zahlungsweise jährlich (Jahresbeitrag) oder in monatlichen Raten (Monatsbeitrag) zu zahlen.
2. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem für den Beginn des Versicherungsschutzes vereinbarten Zeitpunkt und endet am folgenden 31. Dezember. Von da an fällt das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammen.
3. Beginnt eine Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet eine Versicherung nicht zum Ende eines Monats, wird der Beitrag für den jeweiligen Rumpfmonat tageweise abgerechnet. Als Tagesbeitrag gilt je nach der vereinbarten Zahlungsweise 1/30 des Monatsbeitrages oder 1/360 des Jahresbeitrages. Bei der Berechnung des Tagesbeitrages wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.
4. Die Beiträge werden auf der Grundlage der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet. Die Einzelheiten der Berechnung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
5. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Für Kinder wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für Kinder, danach der Beitrag für Erwachsene mit Eintrittsalter 16 Jahre festgesetzt.

6. Für das mit dem Alter einer versicherten Person steigende Wagnis bildet der Versicherer nach den für die Beitragsberechnung festgelegten Grundsätzen eine Alterungsrückstellung. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist deshalb während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.
7. Ändern sich bei einem Versicherungsverhältnis die Beiträge, auch durch Änderung des Umfangs des Versicherungsschutzes, werden bei der Berechnung des Beitrages das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Besonders vereinbarte Risikozuschläge und Selbstbehalte werden unter Berücksichtigung des Umfangs des Versicherungsschutzes entsprechend angepasst.
8. Ist eine Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 8) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist zusätzlich zum laufenden Beitrag einmalig der Beitragszuschlag nach § 193 Abs. 4 VVG zu entrichten.

§ 13 Beitragszahlung; Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung

1. Wer den Beitrag zu zahlen hat, bestimmt sich nach den Vereinbarungen im Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag (Beitragszahler).
2. Der Beitragszahler hat den ersten Jahresbeitrag oder den ersten Monatsbeitrag, wenn nichts anderes bestimmt ist, unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, frühestens aber zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns. Folgebeiträge sind zu Beginn des jeweiligen Beitragszahlungszeitraums zu zahlen.
3. Ist die Zahlung von Monatsbeiträgen vereinbart, gelten die ausstehenden Monatsbeiträge des Versicherungsjahres als gestundet. Die gestundeten Monatsbeiträge werden sofort fällig, wenn der Beitragszahler mit einem Monatsbeitrag ganz oder teilweise in Verzug gerät. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich des Monatsbeitrages für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und etwaige Mahnkosten entrichtet sind.
4. Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung außerhalb der Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 8):
 - a) Wird der erste Beitrag nicht unverzüglich gezahlt, kann der Versicherer,
 - aa) solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, nach § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurücktreten und/oder
 - bb) nach § 37 Abs. 2 VVG von der Verpflichtung zur Leistung für vor der Zahlung eingetretene Versicherungsfälle frei werden,
 es sei denn, der Beitragszahler hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - b) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer durch Mahnung oder Kündigung nach § 38 VVG leistungsfrei werden.
5. Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung in der Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 8):
Werden Beiträge nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer nach Maßgabe des § 193 Abs. 6 VVG mahnen und das Ruhen der Leistungen feststellen:
 - a) Ist der Beitragszahler (Nr. 1) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, ist er unter Hinweis auf das drohende Ruhen zu mahnen; der Versicherte, der nicht Beitragszahler ist, ist über das drohende Ruhen zu informieren. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung ein; maßgebend ist der Zugang beim Versicherten. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer kraft Gesetzes ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Die Erstattungspflicht beschränkt sich dabei ungeachtet des versicherten Tarifs nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Solange Beitragsrückstände bestehen, hat der Beitragszahler außerdem für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes zu entrichten.
 - b) Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherte oder der über ihn Mitversicherte hilfebedürftig (Nr. 5c) werden.
 - c) Das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit richtet sich nach den Bestimmungen des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB XII Sozialhilfe). Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers der Sozialleistungen nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
 - d) Sind ausstehende Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, wird das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person unter Fortbestehen des Ruhens im Basistarif (§ 19 Nr. 5) fortgesetzt.
6. Ist Lastschriftverfahren vereinbart, ist die Zahlung rechtzeitig, wenn der Betrag zum vereinbarten Termin von dem angegebenen Konto abgebucht werden kann. Kann der Beitrag aus Gründen, die der Beitragszahler zu vertreten hat, nicht vereinbarungsgemäß eingezogen werden oder wird der Einziehung durch den Kontoinhaber widersprochen, gerät der Beitragszahler in Verzug. Der Versicherer kann dann von weiteren Einziehungsversuchen absehen, den Beitragszahler in Textform zur Zahlung durch Überweisung auffordern und ihm die entstandenen Kosten in Rechnung stellen.
7. Der Beitrag ist bis zu dem Zeitpunkt zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
8. Endet das Versicherungsverhältnis vorzeitig oder wird es nach Beginn rückwirkend aufgehoben oder ist es von Anfang an nichtig, hat der Versicherer Anspruch auf Beitrag oder Geschäftsgebühr nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der §§ 39 und 80 VVG.

§ 14 Beitragsanpassung

1. Der Versicherer ist gesetzlich verpflichtet, zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten zu vergleichen. Reichen in der Pflegekostenversicherung die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht aus, wird dem Vergleich die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.
2. Ergibt die Gegenüberstellung nach Nr. 1 eine Abweichung von mehr als dem maßgebenden Prozentsatz (bei den Versicherungsleistungen derzeit 10 % gemäß § 12b Abs. 2 VAG, bei den Sterbewahrscheinlichkeiten derzeit 5% gemäß § 12b Abs. 2a VAG, soweit in den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif nichts anderes bestimmt ist), werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, 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 werden auch in den technischen Berechnungsgrundlagen enthaltene Zuschläge, die zur Finanzierung gesetzlich vorgesehener Tarife (z.B. Standardtarif, Basistarif) vorgesehen sind, entsprechend überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.
3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Aufwendungen für die Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
4. Anpassungen nach Nr. 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers und des Versicherten folgt. Ist der Versicherungsnehmer Beitragszahler, kommt es für das Wirksamwerden nur auf seine Benachrichtigung an; der Versicherte ist jedoch zeitnah über die Anpassungen zu informieren, die ihn und die über ihn Mitversicherten betreffen.

§ 15 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls

1. Wird in der Krankheitskostenversicherung für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von einer Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten.
2. Für eine versicherte Person, für die eine Krankenhaustagegeldversicherung, eine Krankentagegeldversicherung oder eine Pflegekostenversicherung abgeschlossen ist, darf ohne Einwilligung des Versicherers keine dementsprechende anderweitige Versicherung in der privaten Krankenversicherung abgeschlossen oder erhöht werden.
3. Zusätzlich zu diesen Obliegenheiten können sich besondere Obliegenheiten aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergeben.
4. Wird eine vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Darüber hinaus ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG auch zur Kündigung berechtigt, soweit es sich nicht um eine Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 8) handelt, bei der das Kündigungsrecht nach § 206 VVG ausgeschlossen ist.

§ 16 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

1. Auf Verlangen des Versicherers ist dem Versicherer jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die vom Versicherungsfall betroffene Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Zusätzlich zu diesen Obliegenheiten können sich besondere Obliegenheiten aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergeben.
4. Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 17 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer erbringt die Versicherungsleistungen, wenn die erforderlichen Nachweise vorgelegt worden sind. Welche Nachweise im einzelnen vorzulegen sind, ist in den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif geregelt. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.
2. Soweit Nachweise vorgelegt werden, die nicht in einer Amtssprache der Europäischen Union ausgestellt sind, kann der Versicherer diese übersetzen lassen und die Kosten von der Versicherungsleistung abziehen.
3. In ausländischer Währung entstandene Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, umgerechnet. Es gilt der Devisenkurs gemäß Referenzkurs EURO-FX, für dort nicht aufgeführte Währungen der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt. Wird nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nur zu einem ungünstigeren Kurs erworben werden konnten, wird dieser Kurs für die Umrechnung verwendet.
4. Der Versicherer überweist die Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Konto.
5. In den Fällen des § 6 Nr. 2 ist der Mitversicherte empfangsberechtigt.
6. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

§ 18 Abtretung; Aufrechnung; Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Jedoch können Ansprüche auf Versicherungsleistungen, die der Versicherer in einer Card für Privatversicherte einem Krankenhaus garantiert, unter Vorlage der Card an das Krankenhaus abgetreten werden.
2. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Haben der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, besteht unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsübergangs nach §§ 86, 194 Abs. 3 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche, soweit ein gesetzlicher Forderungsübergang nicht nach § 86 Abs. 3 VVG ausgeschlossen wäre, bis zu der Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Die Inhaber der abzutretenden Ersatzansprüche sind darüber hinaus verpflichtet, den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der jeweils geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei der Durchsetzung dieser Ansprüche und Rechte durch den Versicherer im erforderlichen Umfang mitzuwirken. Wird eine der vorstehenden Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder einer mitversicherten 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, ist Nr. 3 entsprechend anzuwenden. Die Verpflichtung zur Abtretung gilt abweichend von Nr. 3 auch dann, wenn ein gesetzlicher Forderungsübergang nach § 86 Abs. 3 VVG ausgeschlossen wäre.

§ 19 Wechsel in andere Tarife des Versicherers

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis können der Versicherungsnehmer und der Versicherte vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife des Versicherers, einschließlich des vom Versicherer anzubietenden Basistarifs (Nr. 5), nach Maßgabe des § 204 VVG und der nachstehenden Bestimmungen annimmt.
2. Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz mit Ausnahme des Basistarifs:
 - a) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte können bei bestehendem Versicherungsverhältnis verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz mit Ausnahme des Basistarifs unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt.
 - b) Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherte wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte können die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass sie hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.
 - c) Gleichartig sind alle Tarife:
 - innerhalb der Krankheitskostenversicherung, mit Ausnahme des Basistarifs,
 - innerhalb der Krankenhaustagegeldversicherung ohne Kostenersatzfunktion,
 - innerhalb der Krankentagegeldversicherung,
 - innerhalb der Pflegekostenversicherung, mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung,die der versicherten Person offen stehen.
3. Wechsel in den Basistarif:
 - a) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte einer Krankenversicherung, die substitutive Krankenversicherung (§ 2 Nr. 7) ist, können bei bestehendem Versicherungsverhältnis verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Wechsel in den Basistarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt, wenn
 - die Krankheitskostenversicherung, aus der in den Basistarif gewechselt werden kann, nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, 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 (§ 13 Nr. 5c) ist, oder
 - die bestehende Krankheitskostenversicherung, aus der in den Basistarif gewechselt werden kann, zwar vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, der Wechsel in den Basistarif aber vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde.
 - b) Nr. 2b) gilt entsprechend.
4. Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz:
 - a) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte können bei bestehendem Versicherungsverhältnis verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Wechsel aus dem Basistarif in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt.

- b) Gleichartig sind alle Tarife, die für den Wechsel aus dem Basistarif zur Verfügung stehen und die der versicherten Person offen stehen.
 - c) Nr. 2 b) gilt entsprechend. Darüber hinaus kann der Versicherer auch den bei Abschluss des Basistarifs ermittelten Risikozuschlag verlangen.
5. Basistarif ist der in § 12 Abs. 1a VAG vorgesehene branchenweit einheitliche Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (§ 13 Nr. 5c). Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Tarife, aus denen in den Basistarif gewechselt werden kann, ein Zuschlag festgelegt und im Beitrag für diese Tarife enthalten.

§ 20 Wechsel zu einem anderen Versicherer

1. Hat der Versicherte eine versicherte Person einer ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 8) vom Kollektiv-Versicherungsvertrag abgemeldet (§ 22 Nr. 2) und wird für sie eine neue Krankheitskosten-Pflichtversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen, kann der Versicherte vom Versicherer nach Maßgabe des § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a, Abs. 2 VVG verlangen, dass dieser den für die versicherte Person zu berechnenden Übertragungswert (Nr. 2), soweit vorhanden, auf den neuen Versicherer überträgt.
2. Übertragungswert ist der Wert, dessen Mitgabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG i.V.m. § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a VVG im Versicherungsvertrag vorzusehen ist. Er entspricht der kalkulierten Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen; die Einzelheiten der Berechnung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Bei vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen ist ein Übertragungswert nicht vorgesehen.
3. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert (Nr. 2) bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

§ 21 Kündigung durch den Versicherer

1. Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist in Ansehung des einzelnen Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.
2. Zur ordentlichen Kündigung des Kollektiv-Krankenversicherungsvertrages ist der Versicherer nach Maßgabe des § 206 VVG berechtigt.
3. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt, auch in Ansehung einzelner Versicherungsverhältnisse, unberührt. Eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Liegt der Kündigungsgrund im Verhalten oder in der Person eines Versicherten oder eines Mitversicherten, genügt die Kündigung gegenüber dem Versicherten und ist der Versicherungsnehmer über die Kündigung lediglich zu informieren.

§ 22 Ende des Versicherungsverhältnisses

1. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet
 - a) mit der Beendigung des Kollektiv- Krankenversicherungsvertrages;
 - b) durch Ausscheiden aus dem Kreis der Personen, die nach den Vereinbarungen im Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag versichert werden können;
 - c) mit der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in das Gebiet außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes, es sei denn, dass mit dem Versicherer eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird;
 - d) durch Tod.
2. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet ferner mit der Abmeldung vom Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag:
 - a) Der Versicherte kann versicherte Personen durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherer mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 12 Nr. 2) vom Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag abmelden, sofern in den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif nichts anders bestimmt ist. Die Abmeldung kann auf einzelne Tarife beschränkt werden.
 - b) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherte sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht schriftlich von einer Krankheitskosten- oder einer Krankentagegeldversicherung sowie von einer für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Macht der Versicherte von seinem Abmelderecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Versicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherte hat die Versäumung der Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherte die Abmeldung zum Ende des Monats erklären, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
 - c) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel den Beitrag oder vermindert er die Leistungen oder macht er in der Krankentagegeldversicherung von seinem Recht auf Herabsetzung oder Umstellung auf längere Karenzzeiten Gebrauch, kann der Versicherte die von der Änderung betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmittteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung schriftlich abmelden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherte die Abmeldung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung schriftlich erklären.
 - d) 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 Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Wagnis (Alterungsrückstellung) berechnet wird, kann der Versicherte die betroffene versicherte Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung schriftlich abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- e) Der Versicherte kann, wenn 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 schriftlich im Wege der Abmeldung vom Kollektiv-Versicherungsvertrag die Aufhebung des gesamten Versicherungsverhältnisses zum Ende des Monats verlangen, in dem die Anfechtung oder der Rücktritt zugegangen ist oder die Kündigung des Versicherers wirksam wird.
 - f) Die Abmeldung eines Mitversicherten ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass der betroffene Mitversicherte von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat.
 - g) Eine in der Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 8) versicherte Person kann der Versicherte außerdem nur dann abmelden, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person eine neue Krankheitskosten-Pflichtversicherung abschließt. Die Abmeldung wird erst wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die versicherte Person ab dem auf die Beendigung folgenden Tag bei dem neuen Versicherer versichert ist.
3. Das Versicherungsverhältnis eines Mitversicherten endet ferner mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses des Versicherten, über den er versichert ist.

§ 23 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

1. Endet das Versicherungsverhältnis nach § 22 oder infolge einer Kündigung des Versicherers nach § 21, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis nach ihrer Wahl für alle oder mehrere betroffene Personen oder für ihre eigene Person unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers außerhalb des Kollektiv-Krankenversicherungsvertrages als Einzelversicherung in Tarifen fortzusetzen, die ihnen offen stehen. Die aus dem Versicherungsverhältnis erworbenen Rechte und eine gebildete Alterungsrückstellung werden angerechnet. Die Erklärung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses muss innerhalb von zwei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht abgegeben werden. Ein Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses besteht nicht, wenn der Kündigungsgrund im Verhalten oder in der Person eines Versicherten oder Mitversicherten liegt und dem Versicherer die Fortführung eines Versicherungsverhältnisses deshalb unzumutbar ist.
2. Regelungen des Kollektiv-Krankenversicherungsvertrages, die den Mitversicherten die Fortsetzung des Versicherungsvertrages an Stelle des Versicherten ermöglicht, bleiben unberührt.

§ 24 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 25 Inländische Gerichtsstände

1. Für Klagen gegen den Versicherer aus dem Versicherungsvertrag bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer oder der Versicherte eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer oder der Versicherte zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer oder den Versicherten aus dem Versicherungsvertrag ist, wenn dieser eine natürliche Person ist, das in Nr. 1 Satz 2 genannte Gericht ausschließlich zuständig. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine Personengesellschaft, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Sitz oder Niederlassung.
3. Verlegen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte nach Vertragsschluss ihren Sitz, Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder des Versicherten im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer oder den Versicherten nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
4. Im Übrigen gelten § 215 VVG und die Vorschriften der Zivilprozessordnung.

§ 26 Form für Anzeigen und Erklärungen

Für den Versicherer bestimmte Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers bedürfen der Textform, soweit für sie gesetzlich oder vertraglich nicht etwas anderes bestimmt ist. Schriftform wahrt die Textform. Für besondere Vorgänge kann der Versicherer aber eine schriftliche Erklärung oder nachträglich eine schriftliche Bestätigung der Anzeige oder der Erklärung verlangen (z.B. für Schweigepflichtentbindungserklärungen, für die Beantwortung von Gesundheitsfragen oder für Zahlungsanweisungen).

§ 27 Änderung der Bedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens ist der Versicherer nach Maßgabe des § 203 Abs. 3 VVG berechtigt, die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen.

2. Ist eine Bestimmung in den dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist der Versicherer nach Maßgabe von § 203 Abs. 4 VVG i.V.m. § 164 VVG berechtigt, die für unwirksam erklärte Regelung durch eine neue Regelung zu ersetzen.
3. Die Änderungen werden zum Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 28 Gesetzliche Vorschriften

1. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.
2. Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beigelegt. Er enthält insbesondere die vorstehend erwähnten Bestimmungen und die in den Bedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif erwähnten gesetzlichen Vorschriften.