



INTER Krankenversicherung aG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I

Musterbedingungen

Teil II

Tarifbedingungen für die Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Stand 01.01.2008

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) 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 nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbe-

dingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags das Versicherungsverhältnis bei vollem Leistungsumfang fortsetzen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beantragt wird.

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

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

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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 der im Versicherungsschein genannten Hinweise und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 - mit Ausnahme der Erstprämienzahlung - für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. (Siehe auch Teil II Nr. 3.) Der Versicherungsschutz

darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

- (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.

Teil II

1. *Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird.*
2. *Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des ersten Versicherungsbeginns für die erste im Vertrag versicherte Person an. Werden Personen später in einem bestehenden Vertrag mitversichert, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr der zuerst eingetretenen Person. Die weiteren Versicherungsjahre werden entsprechend angepasst. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.*
3. *Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit nach Teil I Abs. 2 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.*

§ 3

Wartezeiten

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und

Kieferorthopädie acht Monate.

- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. (Siehe Teil II Nr. 1.)
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abwechslung von § 2 Teil I Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem of-

fentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. (Siehe Teil II Nr. 2.)

- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

1. Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss einer Versicherung mit ärztlicher/zahnärztlicher Untersuchung beantragt und ein ärztlicher/zahnärztlicher Untersuchungsbericht auf den hierfür bestimmten Vordrucken vorgelegt wird.
2. Teil I Abs. 5 gilt nicht für die Zusatzversicherung zur GKV.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) 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.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (6) 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.

Teil II

1. Als Leistungsjahr gilt mit Ausnahme für zahnärztliche Behandlung das Kalenderjahr.

Für zahnärztliche Behandlung umfasst das 1. Leistungsjahr den Zeitraum von insgesamt 12 Monaten seit Beginn der Versicherung. Jedes anschließende Leistungsjahr umfasst den Zeitraum von je weiteren 12 Monaten. Zeiten, für die Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden müssen, sind die Behandlungsdaten, bei Arznei- und Hilfsmitteln der Bezugszeitpunkt maßgebend.

2. Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (siehe Anhang), den Vorschriften der Satzung und den Beschlussfassungen der Mitgliedervertreter-Versammlung vorgenommen.

- a) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.
- b) Als Form der Überschussbeteiligung kommen in Frage: Auszahlung, Gutschrift, Beitragssenkungen, Leistungserhöhungen sowie Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
- c) Wird eine Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit von der Mitgliedervertreter-Versammlung beschlossen, werden die Voraussetzungen hierfür den Versicherungsnehmern bekannt gegeben.

3. Zusätzliche Rückstellungen für das Alter werden nach den Vorschriften des VAG (siehe Anhang) gebildet.

**§ 5****Einschränkung der Leistungspflicht****Teil I**

- (1) 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 auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. *(Siehe auch Teil II;)*
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsnehmer nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsaus-schluss 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 nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz

hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort un-abhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

- f) (entfallen)
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (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 der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankentagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Teil II

Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

§ 6**Auszahlung der Versicherungsleistungen****Teil I**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Abs. 1 und 2 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. *(Siehe auch Teil II Nr. 3.)*
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen

und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. *(Siehe auch Teil II Nr. 4.)*

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. *(Siehe auch Teil II Nr. 5.)*

Teil II

1. *Die Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen und müssen enthalten: Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsdatum und Namen der behandelten Person versehen sowie Rezeptwiederholungen vom Behandler ausdrücklich vorgeschrieben sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Behandler die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.*



2. Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
3. 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 erworben wurden.
4. Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisungen in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird.
5. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Teil I Abs. 6 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende

Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

Teil I

- (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.

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

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen

nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen.

- (4) (entfällt)
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 in Verbindung mit § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (6) (entfällt)
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II

1. Die Beiträge ergeben sich aus den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers und sind dem jeweils gültigen Versicherungsschein zu entnehmen.
2. Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt.
3. (entfällt)

§ 8a

Beitragsberechnung

Teil I

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes

(VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Ände-

zung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

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

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.

Teil II

1. *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.*
2. *Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von 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 neuen Versicherungsschein.*
3. *Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.*

§ 8b

Beitragsanpassung

Teil I

- (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 jährlich für jeden Tarif
 - a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz (siehe Teil II), werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
 - 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

beitragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Teil I 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.

Teil II

Ergibt die in Teil I Abs. 1 a) genannte 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.

§ 9

Obliegenheiten

Teil I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsbe-

rechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Teil I Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.



- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (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) 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.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (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 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Teil I Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) den Vertrag 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

Teil I

- (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

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, 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 Dienstverhältnis gleich. (*Siehe Teil III.*)

- (4) 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.

- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Teil I Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) 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.
- (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. 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.

Teil II

Teil I Abs. 3 gilt nicht für die Zusatzversicherung zur GKV.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung be-

steht, und für eine Krankheitskostenteilversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres

kündigen.

- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Teil II

(entfällt)

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (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 Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Der Versicherungsschutz bezüglich einer versicherten Person erlischt, wenn und solange diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum hat, es sei denn, der Versicherungsschutz bleibt aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung bestehen. Der Versicherer kann im

Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ist sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Die Kündigung des Versicherungsnehmers ist unwirksam, wenn der Versicherer auf schriftliches Verlangen des Versicherers nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versi-

cherer bedürfen der Schriftform, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 17

Gerichtsstand

Teil I

- (1) (entfällt)
- (2) 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.
- (3) 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.

- (4) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, 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****Teil I**

- (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 Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entschei-

dung 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.

(3) (entfällt)

(4) (entfällt)

§ 19**Wechsel in den Standardtarif****Teil I**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c SGB V (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.



INTER Krankenversicherung aG

Teil III

Tarif GZE 2

Stand 01.01.2008

Dieser Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit

Teil I - Musterbedingungen und

Teil II - Tarifbedingungen für die Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

A. Versicherungsfähigkeit / Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Mitglied bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einer deutschen GKV haben oder in Deutschland einen gleichartigen Anspruch besitzen.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen bei Wegfall einer dieser Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum

Ende des Monats, in dem die Voraussetzung entfällt. Der Wegfall einer Voraussetzung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Die Aufnahmefähigkeit endet mit dem Kalenderjahr, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird.

Eine weitere Versicherung für die in Abschnitt B genannten Leistungen darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Wird diese Obliegenheit verletzt, gilt § 10 Teil I Abs. 2 entsprechend.

B. Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung.

Hierzu zählen zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Einlagefüllungen (Inlays), Aufbaufüllungen und Provisorien, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden chirurgischen zahnärztlichen Leistungen.

Für den Austausch intakter plastischer Füllungen (z.B. Amalgam- oder Plastikfüllungen) besteht kein Leistungsanspruch.

Zahnärztliche Leistungen sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

Die gesondert berechenbaren zahntechnischen Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GZE 2 (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens

1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate ihrer Versicherung (1. Leistungsjahr),

2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate ihrer Versicherung (1. und 2. Leistungsjahr),

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate ihrer Versicherung (1., 2. und 3. Leistungsjahr),

4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate ihrer Versicherung (1., 2., 3. und 4. Leistungsjahr).

Ab dem 49. Monat wird bei den erstattungsfähigen Aufwendungen für jedes folgende Leistungsjahr keine Begrenzung mehr vorgenommen.

Die vorstehenden Begrenzungen der Rechnungsbeträge gelten nicht für solche ansonsten erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Aufwendungen für implantologische Leistungen (zahnärztliches Honorar einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten und chirurgischen zahnärztlichen Leistungen) sind - unter Berücksichtigung der vorstehenden Begrenzungen in den ersten vier Leistungsjahren - bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.750 EUR pro Kiefer erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Zuzahlungen nach § 61 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - (SGB V).

65 %

2. Heil- und Kostenplan

Dem Versicherer ist zusammen mit der Zahnarzt- und Laborkostenrechnung ein von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigter und abgerechneter Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Übersteigt der zu erwartende Rechnungsbetrag für Zahnersatz 5.000 EUR, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

Bei fehlender vorheriger Zusage des Versicherers verringern sich die tariflichen Leistungen auf die Hälfte.

3. Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1 und beträgt

der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Zusätzlich werden für Versicherte, denen die GKV zum Festzuschuss einen Bonus nach § 55 SGB V zahlt, weil sie an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, folgende Leistungen erbracht:

10 % der GKV-Leistung,

wenn die GKV einen Bonus von 20 % zahlt,

15 % der GKV-Leistung,

wenn die GKV einen Bonus von 30 % zahlt.

Bei Inlays einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Leistungen ist der Erstattungsbetrag auf 260 EUR pro Inlay begrenzt.

C. Ergänzung zu Teil I und II AVB

1. Zu § 5 Teil I (Einschränkung der Leistungspflicht)

Absatz 2 gilt in nachstehender Fassung:

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird dafür eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2. Zu § 6 Teil II (Auszahlung der Versicherungsleistungen)

Der Versicherungsnehmer hat die von einem gesetzlichen Versicherungsträger oder privaten Krankenversicherer erbrachten Leistungen anzuzeigen und durch Vorlage eines entsprechenden Erstattungsvermerks des Kostenträgers nachzuweisen.

D. Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) die nach Abschnitt B tariflich vorgesehenen Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjah-

res, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse anzupassen. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

**Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs GZE 2
für zahntechnische Leistungen**

Stand 01.01.2008

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Arbeitsvorbereitung, Modellherstellung		Vorbereiten Krone für Halte-/Stützvorrichtung	13,00
Modell aus Hartgips	8,00	Krone einarbeiten in Halte-/Stützvorrichtung	14,00
Modell aus Superhartgips/ Modell nach Überabdruck	9,00	Stiftaufbau in Krone einarbeiten	14,00
Doublieren Modell	14,00	Modellation für Stiftaufbau gießen	23,00
Platzhalter einfügen/ Modellimplantat repositionieren	9,00	Facette gießen	54,00
Zahnfleischmaske je Kiefer	31,00	Gussinlay, zweiflächig	74,00
Set-up	11,00	Gussinlay, drei- und mehrflächig	85,00
Stumpfmmodell/ Sägemodell/ Set-up-Modell	10,00	Galvanoteilkrone für Keramikverblendung	74,00
Verwendung von Kunststoff/ Spezialmodell	19,00	Galvanoinlay für Keramikverblendung	74,00
Sägestumpf incl. Pin, sägen u. vorbereiten	5,00	Teleskopierende Krone primär	99,00
Stumpfmmodell/ Set-up-Modell	11,00	Teleskopierende Krone sekundär	120,00
Fräsmodell	9,00	Umlaufende Fräsung	27,00
Kontrollmodell	8,00	Steg konfektioniert je Stegeinheit	82,00
Split-Cast-Sockel	8,00	Steglasche/Stegreiter einarbeiten	49,00
Kunststoffstumpf/ Frässtumpf	5,00	Steggeschiebe individuell je Zahn	70,00
Stumpf aus feuerfester Masse	9,00	Individuelles Geschiebe, Rillen-Schultergeschiebe primär	59,00
Zahnkranz	6,00	Individuelles Geschiebe, Rillen-Schultergeschiebe sekundär	102,00
Ausblocken Stumpf	2,00	Konfektions-Geschiebe einarbeiten	108,00
Zahnkranz sockeln	8,00	Konfektions-Riegel einarbeiten	108,00
Modellpaar trimmen	13,00	Einarbeiten eines Sekundärteils	44,00
Fixator	7,00	Frikionsstift einarbeiten	44,00
Mittelwertartikulator	12,00	Federbolzen einarbeiten	44,00
Individueller Artikulator I	18,00	Schraube einarbeiten	44,00
Montage Gegenkiefermodell	6,00	Bolzen einarbeiten	44,00
Remontage Modelle	21,00	Gefrästes Lager	59,00
Auswertung Registrat/ Einstellen nach Registrat	6,00	Riegel, individuell	191,00
Modellpaar sockeln incl. Kunststoffsockelformer	18,00	Stiftaufbau	51,00
Individueller Frontzahnführungsteller	22,00	Zuschlag Stiftaufbau geteilt	28,00
Festsitzender Zahnersatz, Kombinationsprothetik		Brückenglied	58,00
Krone für Vollverblendung	69,00	Gussinlay, einflächig	69,00
Wurzelstiftkappe	61,00	Riegel, Wiederherstellung	104,00
Galvanokrone für Keramikvollverblendung	63,00	Umgehungsbügel	27,00
Implantataufbau für Keramikverblendung	85,00	Auswechseln Konfektionsteil	16,00
Implantataufbau Vollguss	88,00	Reparatur Krone/Brückenglied	38,00
Implantataufbau für Stegversorgung	72,00	Verblendung, Vollkeramik	
Drehsicherungsstopp	18,00	Mantelkrone Kunststoff	70,00
Aufwand bei Suprastrukturen auf Implantat	34,00	Mantelkrone Keramik	95,00
Vollgusskrone	75,00	Vollkeramikkrone gepresst incl. Material	133,00
Teilkrone/ Dreiviertelkrone/ Onlay-Metall	81,00	Vollkeramikkrone gepresst zur Verblendung incl. Material	65,00
Einlagefüllung/ Anker für Klebebrücke	74,00	Vollkeramikkrone aus Hartkeramik (Procera) incl. Material	106,00
Krone Teilverblendung	75,00	Brückenglied aus Presskeramik incl. Material	63,00
Wax-up je Zahn	17,00	Brückenglied aus Hartkeramik incl. Material	100,00
Metallarmierung für provisorische Versorgung	41,00	Vollkeramikkrone Zirkon incl. Material	160,00
Sekundärkappe Galvano	63,00	Brückenglied Zirkon incl. Material	150,00
Verblockung Galvano	31,00	Keramik-Veneer incl. Material	138,00

* zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer



Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Metallverbindung nach Brand	22,00	Bisswall Wachs	9,00
Kunststoff-Inlay	49,00	Registrierplatte und Stift auf Basis	22,00
Kunststoff-Onlay, Teilkrone	55,00	Bisswall Kunststoff	11,00
Keramik Inlay einflächig gepresst incl. Material	108,00	Übertragungskappe	8,00
Keramik Inlay zweiflächig gepresst incl. Material	124,00	Parallelbohrschablone	59,00
Keramik Inlay dreiflächig gepresst incl. Material	134,00	Implantat Kontrollschablone	28,00
Keramik-Onlay, Teilkrone gepresst incl. Material	138,00	Röntgenkugeln Bohrhülse positionieren	3,00
Vollverblendung aus Keramik	90,00	Provisorische Krone oder Brückenglied	35,00
Teilverblendung Keramik	72,00	Formteil	23,00
Gnathologische Kaufläche in Keramik oder Metall	22,00	Aufstellung fehlender Zahn zur Herstellung eines Formteils	5,00
Stiftaufbau aus Keramik	58,00	Lösungsknopf	11,00
Zahnfleisch, Wurzelpontic Keramik	22,00	Abschlussrand	22,00
Keramikschulter	27,00	Aufstellen Grundeinheit	32,00
Individuelle Keramikschichtung nach Farbbestimmung je Zahn	22,00	Aufstellen Wachs je Zahn	3,00
Individuelle Charakterisierung Konfektionszahn, Keramik	22,00	Aufstellen Metall je Zahn	4,00
Funktionsflächenaufbau in Presskeramik	98,00	Übertragung je Zahn	4,00
Reparatur Krone/Brückenglied Verblendung	35,00	Fertigstellen Grundeinheit	54,00
Teilverblendung Komposite/Kunststoff	54,00	Fertigstellen je Zahn	4,00
Vollverblendung Komposite/Kunststoff	64,00	Individuelle Zahnfleischgestaltung	43,00
Konditionieren/Silanisieren je Zahn	10,00	Zuschlag für verschiedene Zahnfarben pro Farbe	11,00
Zahnfleisch, Wurzelpontic Komposite/Kunststoff	13,00	Einarmsige Klammer gebogen	11,00
Herausnehmbarer Zahnersatz		Inlayklammer gebogen, Interdentalklammer, Auflage etc.	17,00
Schubverteilungsarm	46,00	Zweiarmsige Klammer/Auflage gebogen	23,00
Metallbasis	146,00	Weichkunststoff (ZE), Sonderkunststoff	88,00
Mehraufwand für Ausführung Edelmetall	30,00	Zahn/zahnfarben hinterlegen	11,00
Mehraufwand für Ausführung Titan	97,00	Modellguss silanisieren und lacken	16,00
Konf. Gitter/Netz incl. anpassen	41,00	Netz/Gitter einarbeiten	65,00
Einarmsige Klammer, Inlayklammer, Bonyhardklammer etc.	11,00	Draht/Bügel einarbeiten	32,00
Auflage, Neys-Stiel	12,00	Metallfacette/Inlay einarbeiten	24,00
Zweiarmsige Klammer, Ringklammer, Bonyhard/Gegenlager	16,00	Einarbeiten Modellgussbasis in vorhandene Prothese	75,00
Zweiarmsige Klammer/Auflage, Bonwillklammer	22,00	Wiederherstellung der Funktion	
Kragenfassung	14,00	Basisteil, Basis unterfüttern, Basis erneuern	71,00
Rückenschutzplatte	42,00	Instandsetzen einer Metallbasis, einer Prothese, Grundeinheit	30,00
Metallzahn	42,00	Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder Metallbasis	30,00
Metallkaufläche	42,00	Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	15,00
Lösungsknopf für Friktionsprothese/ Metall	11,00	Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Kunststoff, Wiederbefestigung Zahn	15,00
Zuschlag einzelne Klammer/Schubverteiler gegossen	11,00	Leistungseinheit Zahn erneuern, Klammer einarbeiten	15,00
Dauerschleife adjustiert/ Metall	124,00	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	15,00
Retention, gebogen	35,00	Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	15,00
Retention, gegossen	48,00	Sonstiges	
Gegossenes Basisteil	73,00	Versandkosten	5,00
Metallverbindung/ Wiederherstellung	19,00	Sonderversand oder Fahrtkosten	10,00
Lötung bei gleichen Legierungen	16,00	Verrechnungseinheit NEM I pro Glied	10,00
Lötung bei unterschiedlichen Legierungen	18,00		
Laserschweißen	18,00		
Kunststoffprothetik			
Basis/ Individueller Löffel, Funktions-Löffel, Biss, Stützstift für Aufstellung	22,00		

* zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer

INTER Krankenversicherung aG

Seite 3

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Verrechnungseinheit NEM II Reinmetall pro Glied	10,00	Zahntechniker, Zeiteinheit - 10 Min.	9,00
Foto- oder Video-Dokumentation	16,00	Zahnfarbenbestimmung in Praxis durch Fremd- labor	27,00
Zahntechnikermeister, Zeiteinheit - 10 Min.	12,00		

* zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer

**INTER Krankenversicherung aG****Anhang**

Stand 01.01.2008

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**§ 14 Abs. 1 und 2****Fälligkeit der Geldleistung**

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

§ 28 Abs. 1 bis 3**Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 37**Zahlungsverzug bei Erstprämie**

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie 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 der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38**Zahlungsverzug bei Folgeprämie**

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist

INTER Krankenversicherung aG

Seite 2

der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Ver-

sicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 194 Abs. 2**Anzuwendende Vorschriften**

- (2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass
1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
 2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
 3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

§ 200**Bereicherungsverbot**

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungs-

verpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 203 Abs. 2 und 3**Prämien- und Bedingungsanpassung**

- (2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.
- (3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, 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.

**Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)****§ 12 Abs. 4a****Substitutive Krankenversicherung**

(4a) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des

Handelgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

§ 12a**Alterungsrückstellung; Direktgutschrift**

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämien-

erhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 12b Abs. 1a**Prämienänderung in der Krankenversicherung; Treuhänder**

(1a) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

1. Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12a Abs. 3 zu verwenden sind;
2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 und 2 darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerrhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4a und ohne einen solchen zu

achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen

für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Abs. 2 und 2a

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.
- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nr. 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nr. 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nr. 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
 - 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nr. 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahme-regeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
 3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

INTER Krankenversicherung aG

Seite 5

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allge-

meinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Informationen gem. § 1 VVG-InfoV

Angaben zum Unternehmen, ladungsfähige Anschrift und gesetzliche Vertreter

INTER Krankenversicherung aG, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.
Telefon: 0621/427-427, Fax: 0621/427-944, E-Mail: info@inter.de
Vorstand: Bernd Jansen (Vorsitzender), Matthias Kreibich, Jürgen M. Lukas
Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen List
Sitz: Mannheim; Handelsregister-Nr. HRB 47 beim Amtsgericht Mannheim
Die INTER Krankenversicherung aG ist ein Unternehmen in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

Als privates Krankenversicherungsunternehmen besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb der Krankenversicherung. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen -, Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn, Telefon 0228/4108-7777, Fax 0228/4108-1550.

Sicherungsfonds

Nach den gesetzlichen Vorschriften müssen alle Unternehmen, die die Krankheitskostenvollversicherung betreiben, einem Sicherungsfonds angehören. Für die private Krankenversicherung nimmt diese Aufgabe die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wahr.

Wesentliche Merkmale der Versicherung und anwendbares Recht

Für unser Vertragsverhältnis gelten unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarife und Tarifbedingungen und das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die für den Vertrag gültigen Versicherungsbedingungen und Tarife sind dem Versicherungsschein beigelegt. Darin sind auch Auszüge aus den wichtigsten Gesetzestexten enthalten.

Gesamtpreis

Den von Ihnen zu zahlende Versicherungsbeitrag und gegebenenfalls ausdrücklich individuell vereinbarte Risikozuschläge entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein. Weitere Kosten fallen nicht an.

Beitragszahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise der Prämie ist grundsätzlich monatlich, jeweils zu Beginn eines jeden Kalendermonats, sofern nicht ausdrücklich ein anderer Prämienzahlungszeitraum vereinbart wurde. Die Zahlung erfolgt rechtzeitig, wenn Sie alles erforderliche für die Zahlung getan haben, z. B. einen Überweisungsauftrag erteilt haben. Sofern Sie uns eine Lastschriftzugriffsmächtigung erteilt haben, kümmern wir uns um den Beitragseinzug. Bitte beachten Sie zusätzlich die Hinweise im Versicherungsschein zur Zahlung des Erstbeitrages.

Gültigkeitsdauer der Information

Die hier zur Verfügung gestellten Informationen entsprechen dem Stand November 2007.

Vertragsabschluss, Antragsbindung des Versicherungsnehmers, Beginn des Versicherungsschutzes

Haben wir Ihnen ein Angebot auf Abschluss eines Versicherungsvertrages unterbreitet, kommt der Vertrag zustande, wenn Sie die Annahme unseres Angebotes ausdrücklich erklären.

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf einer Frist von zwei Wochen nach Abschluss des Vertrages widerrufen. Einzelheiten des Widerrufsrechts finden Sie unter dem nachfolgenden Punkt sowie im Versicherungsschein. An einen gestellten Antrag sind Sie nicht gebunden; sie können den Widerruf auch schon vor unserer Entscheidung über die Annahme des Antrags erklären.

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 Versicherungsbeitrages bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend der im Versicherungsschein genannten Hinweise und nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.

Widerrufsrecht und –folgen

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an INTER Krankenversicherung AG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim, Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621/ 427-944.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Laufzeit / Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beendigung / Kündigung des Vertrages

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei einer Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung) und bei einer Krankenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, ist eine Kündigung durch uns regelmäßig nicht möglich. Bei einer bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres befristeten Krankentagegeldversicherung können Sie unter bestimmten Voraussetzungen - über die wir Sie rechtzeitig informieren werden - eine Verlängerung verlangen.

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Ändern sich Merkmale, die für die Versicherungsfähigkeit in einem bestimmten Tarif Voraussetzung sind, kann die Versicherung enden oder eine Anpassung erforderlich werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, lesen Sie bitte §§ 13 - 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bzw. für die Krankentagegeldversicherung.

Gerichtsstand

Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist das Gericht an unserem Sitz zuständig. Es ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, ist der Gerichtsstand am Sitz des Versicherers begründet.

Sprache

Alle diesen Vertrag betreffenden Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sollten Sie mit uns oder unseren Entscheidungen einmal nicht zufrieden sein, so haben Sie die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde direkt an unseren Vorstand zu wenden.

Sie können Ihre Beschwerde auch an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung richten. Sie erreichen ihn unter Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, Telefon 01802/550444, Fax 030/2045-8931, Internet: www.pkv-ombudsmann.de.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sie können Beschwerden auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde richten. Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen -, Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn, Telefon 0228/4108-7777, Fax 0228/4108-1550, Internet www.bafin.de.

Informationsblatt der Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht -Bereich Versicherungen- gemäß § 10a Abs. 1a VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, daß die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, daß alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluß sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, daß sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, daß für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Die an uns gestellten Anforderungen und Aufgaben zur korrekten, schnellen und wirtschaftlichen Führung von Vertragsverhältnissen können wir in der heutigen Zeit nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Gewährleistet ist damit als Fortschritt zu früheren manuellen Verfahren auch ein besserer Schutz Ihrer Daten.

Die Verarbeitung der uns anvertrauten Daten wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Datenverarbeitung und -nutzung ist zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, daß das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Sie gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wenn die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen wird, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluß. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Verarbeitung und Nutzung von Daten im begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen - wie in der Vorbemerkung beschrieben - erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Auch die Übermittlung von Daten, die ähnlich wie bei einem Arzt einem Berufsgeheimnis unterliegen, setzt Ihre spezielle Erlaubnis voraus. Deshalb enthalten unsere Antragsformulare in der Kranken-, Lebens- und Unfall- und Praxis-Ausfallversicherung auch eine Klausel zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Wie verarbeiten und nutzen wir Ihre Daten?

1. Datenspeicherung

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag erforderlich sind, also zunächst Ihre Angaben im Antrag. Dazu kommen versicherungstechnische und vertragliche Daten wie Kundennummern, Versicherungssummen, Versicherungsdauern, Beiträge, Bankverbindungen sowie unter Umständen die Angaben Dritter. Dritte sind z.B. Vermittler, Sachverständige oder Ärzte.

Bei Versicherungsfällen speichern wir Ihre Angaben zum Schaden, erfolgte Auszahlungen (z.B. beim Ablauf einer Lebensversicherung) und ggf. auch wieder Angaben von Dritten (z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse der Versichertengemeinschaft achten wir auf die Auswahl der von uns übernommenen Risiken. Einen Teil des von uns übernommenen Risikos geben wir in vielen Fällen an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls versicherungstechnische Angaben von uns. Dazu gehören z.B. die Namen der Kunden, Beiträge, Arten des Versicherungsschutzes, Angaben über die Tarifierung (auch Zuschläge) sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien.

Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, stellen wir dazu auch die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. Manchmal bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer im In- und Ausland, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Im Versicherungsvertragsgesetz ist geregelt, daß Versicherungsnehmer und versicherte Person bei Antragstellung, Vertragsänderungen und im Leistungs- und Schadensfall alle Umstände, nach denen wir fragen, angeben müssen. Dazu gehören z.B. Vorerkrankungen und frühere Versicherungsfälle oder Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte) bei anderen Unternehmen.

Um Mißbrauch zu verhindern, Widersprüche aufzuklären oder Lücken bei der Feststellung entstandener Schäden und bei bereits erfolgten Leistungen zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer zu fragen und Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch z.B. bei Doppelversicherung, gesetzlichem Forderungsübergang oder Teilungsabkommen kann der Austausch von personenbezogenen Daten mit anderen Versicherern erforderlich werden. Dabei werden Daten wie z.B. Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und Angaben über die Tarifierung (auch Risikozuschläge), Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

4. Zentrale Hinweissysteme

Zur Prüfung von Anträgen, Schäden und Leistungen kann es um Mißbrauch zu verhindern und Widersprüche aufzuklären, erforderlich sein, beim zuständigen Fachverband bzw. anderen Versicherern nachzufragen oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Sinn und Zweck ist die Einschätzung, Aufklärung von Sachverhalten und Verhinderung von Versicherungsmißbrauch.

Dafür bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme.

Hinweissysteme gibt es bei der Arbeitsgemeinschaft von Schadenversicherern zur Schadenabwicklung (AGA), beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Die Aufnahme und Nutzung von Daten dieser Hinweissysteme erfolgt nur zu den Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Beispiele:

In der Lebensversicherung werden Sonderrisiken aufgenommen. Unter Sonderrisiken ist zu verstehen, daß ein Antrag von uns abgelehnt oder nicht zu normalen Bedingungen angenommen werden kann (z.B. Risikozuschlag) oder nachträglich durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben werden muß. Meldungen erfolgen aus versicherungsmedizinischen Gründen aufgrund eigener Feststellungen und aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer. Auch bei verweigerten Nachuntersuchungen oder Ablehnung eines geforderten Risikozuschlags erfolgt eine Meldung. Zweck des Systems ist die Risikoprüfung.

In der Unfallversicherung erfolgen Meldungen bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, bei Leistungsablehnungen wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung von Unfällen oder Unfallfolgen, bei außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Erbringung von Leistungen oder Klageerhebung auf Leistung. Zweck des Systems ist die Risikoprüfung und Aufdeckung von Mißbrauch. In der Sachversicherung werden Schäden und Personen aufgenommen, wenn z.B. Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmißbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind. Zweck sind die Risikoprüfung, Schadenaufklärung und die Verhinderung weiteren Mißbrauchs.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Die INTER Versicherungen untergliedern sich in die rechtlich selbständigen Unternehmen INTER Krankenversicherung aG, INTER Lebensversicherung aG, INTER Allgemeine Versicherung AG sowie die INTER KapitalvermittlungsgmbH.

Um unseren Kunden umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten wir in der Unternehmensgruppe zusammen.

Um Ihnen und uns z.B. bei der Datenverarbeitung und beim Beitragsinkasso Kosten zu sparen, werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der INTER Versicherungen abschließen. Ihre Vertragsnummern, die Art Ihrer Verträge, Ihr Geburtsdatum, Ihre Bankverbindungen, allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl) und bestehende Verträge von allen Unternehmen der INTER Versicherungen abfragbar. Auf diese Weise werden Posteingänge gleich richtig zugeordnet und Geldeingänge schnell verbucht; wenn Ihre Adresse von einer Stelle geändert wird, ist sie damit für alle Verträge bei jedem unserer Unternehmen aktualisiert.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen grundsätzlich nur von den jeweiligen Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind.

Zur umfassenden Beratung und Betreuung in weiteren Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilienarbeiten wir und unsere Vermittler auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb unserer Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten oder unsere Mitarbeiter vermitteln Finanzdienstleistungen unserer Kooperationspartner.

Datenübermittlung zwischen den INTER Versicherungen und Kooperationspartnern findet statt, wenn im konkreten Einzelfall

- a) durch den jeweiligen Kooperationspartner Versicherungsverträge für die INTER
- b) durch Mitarbeiter der INTER Finanzdienstleistungen für den Kooperationspartner angebahnt bzw. vermittelt wurden.

Unsere Kooperationspartner sind zum Zeitpunkt der Drucklegung:

ARAG Allgemeine Rechtsschutz - Versicherungs AG, Auxilia - Rechtsschutz - Versicherungs AG, BKM Bausparkasse Mainz AG, DA Deutsche Allgemeine Versicherung, DPK Deutsche Pensionskasse AG, FAMK Freie Arzt- und Medizinkasse, Gerling G & A, Gothaer Versicherungs AG, Helvetia Versicherungen, KPK Kölner Pensionskasse, Mecklenburgische Versicherung, Oyak Anker Bank, PCL Pro Consult Leasing AG, VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., Victoria Versicherung AG, VIF Versicherungs- Immobilien & Finanzkontor Hagelstein & Co. GmbH, Winterthur-Garantie Deutsche Garantie- und Kautions-Versicherungs-AG sowie Zürich Versicherungen.

Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stellen gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten und im Rahmen der sonstigen (Finanz-) Dienstleistungsangebote der INTER Versicherungen und unserer Kooperationspartner werden Sie durch unsere Vermittler betreut. Vermittler sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch z.B. Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags-, Schadens- und Leistungsdaten, z.B. Vertragsnummern, Beiträge, Arten des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Von unseren Partnerunternehmen erhält er Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluß und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten zum Teil selbst zur Beratung und Betreuung und werden von uns über Änderungen kundenrelevanter Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem bereits erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wenn Sie Fragen haben oder weitere Auskünfte und Erläuterungen möchten, wenden Sie sich bitte an unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten in unserer Hauptverwaltung in Mannheim. Dies gilt auch für die bei unseren Rückversicherern gespeicherten Daten.