

Kundeninformation

Wichtige Unterlagen zu Ihrer Gothaer Krankenversicherung

Stand: 1. Januar 2014

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

in dieser Broschüre informieren wir Sie über die **Änderungen** der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** (AVB) zum 1. Januar 2014 aufgrund einiger Gesetzesänderungen.

Sie finden hier die Paragraphen und Absätze aller Versicherungsbedingungen, die sich ändern – auch der Versicherungsbedingungen, die gegebenenfalls für Ihren Vertrag nicht zutreffen. Die Änderungen sind durch **Fettdruck** hervorgehoben.

Für welche Tarife/Tarifwerke die Änderungen gelten, haben wir jeweils aufgelistet. Die Namen Ihrer versicherten Tarife finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein.

Falls Sie den Zahnersatz-Tarif KEZ versichert haben, beachten Sie bitte die Namensänderung in MediZ Plus.

Bitte nehmen Sie die Broschüre zu Ihren Unterlagen.

Mit freundlichen Grüßen
Gothaer Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009	Seite 3
Krankheitskosten-Tarif MediStart	Seite 5
Krankentagegeldversicherung	Seite 5
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009, AB/KK 2010 und AB/KK Unfall 2009	Seite 6
Zahnersatz-Tarif KEZ	Seite 7
Pflege-Ergänzungsversicherung	Seite 7
Vorsorgetarif	Seite 8
Tarif OPT G	Seite 8
Basistarif	Seite 9
Standardtarif	Seite 11
Private Studentische Krankenversicherung	Seite 13
Pflegekrankenversicherung	Seite 15
Auslandsreise-Versicherung	Seite 16
Langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung	Seite 17
Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer	Seite 18
Krankenrücktransportversicherung Parion	Seite 19

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB)

Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009)*, Teil II Tarifbedingungen*

Gilt für Tarif (einschließlich der zugehörigen Tarif-/Vorsorgestufen und Varianten):

A1, A2, A3, AE, AS, BA, BE, BS, BS %, BSR, BSS, BSZ, BWA, BWS, BWSR, BWZ, BZ, C, CH1, D, E, EB, ES, ESA, GB, GBR, GGS, GS, I, impuls clinic, impuls clinic 1, impuls clinic 2, impuls hp, impuls hpp, K**, K (alt), KBBA*, KBBB*, KBBS*, KBBS1*, KBBS2*, KBBZ*, KENS1*, KENS2*, KENÜ*, KG, KG Plus, KIM*, KSEK*, KT, KV65*, KVASZ*, KVNS1*, KVNS2*, MA1, MA2, MA %, MAX, MAX Plus, MediAktiv, MediAmbulant, MediClinic, MediClinic 1, MediClinic 2, MediComfort, MediDent, MediFit, MediMPlus, MediNatura, MediNatura P, MediSafe, MediStart 1, MediStart 2, MediTop 1, MediTop 2, MediVita, MediVita Z, MS, MS %, MS3, MZ, MZ %, N, O, OPT 03, OPT 97, P, Q, S1, S-1, S2, S-2, S3, SE, SEK, ST, UBF, W, WD, X1, X2, X3, Z, Z1, Z2, Z3, ZB, ZEG, ZES, ZH, ZS, ZV1, ZVH.

*Die Änderungen gelten gleichfalls für die MB/KK 2009 Version C.

**Krankenhaustagegeldversicherung

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(Teil I Musterbedingungen)

- Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer **nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an**. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; (...). Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. **Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz ist ebenfalls ausgeschlossen.**

Begründung:

Den Antrag auf Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz hat der Versicherer in angemessener Frist anzunehmen. Damit wurde eine Anforderung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung umgesetzt. Die weitere Änderung regelt unter den genannten Voraussetzungen den Ausschluss einer Umwandlung aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften sowie aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Notlagentarif).

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach Absatz 6)

- Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.**

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach neuem Absatz 7)

- Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

(Anpassung der nachfolgenden Nummerierungen.)

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 8

Beitragszahlung

(Teil I Musterbedingungen)

- Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG ...) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. (...) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, **wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann**. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(Teil I Musterbedingungen)

6. Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG ...) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung. Die Regelung sieht u. a. vor, dass – sofern die Beiträge nicht gezahlt werden – Versicherte mit einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nach einem gesetzlich festgelegten Mahnverfahren unter den genannten Voraussetzungen in den Notlagentarif überführt werden.

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(Teil I Musterbedingungen)

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

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(Teil I Musterbedingungen)

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

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften werden die Fristen geregelt, innerhalb derer der erforderliche Nachweis für eine wirksame Kündigung eines Versicherungsverhältnisses, das die Pflicht zur Versicherung erfüllt, erbracht werden muss.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Muster- und Tarifbedingungen) wurde der Begriff des „Behandlers“ bzw. des „Heilbehandlers“ durch den des „**Behandelnden**“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif MediStart für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

Gilt für Tarif **MediStart 1 (V)**, **MediStart 2 (V)**.

B. Tarifstufen

2. MediStart 1 BO (V) / MediStart 2 BO (V)
- Mit Tarifstufe MediStart 1 BO / MediStart 2 BO ist eine garantierte Beitragsrückerstattung (Bonus) (...) vereinbart. (...) Voraussetzung für eine Auszahlung ist der Ausgleich der fälligen Versicherungsbeiträge per **SEPA-Lastschrift-Mandat**. Die Auszahlung des Bonus erfolgt auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes inländisches Bankkonto, jeweils zum Ende des 1. Monats, der auf die Fälligkeit eines Monatsbeitrages folgt. Die erstmalige Auszahlung des Bonus erfolgt nicht vor Eingang der Erstprämie. (...)

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Die Ihnen bekannten Beitragseinzugsermächtigungen/Lastschriften wurden gemäß EU-Verordnung durch SEPA-Lastschrift-Mandate aufgrund der Vereinheitlichung und Standardisierung der neuen Zahlungsabwicklung in Europa ersetzt (SEPA: Single Euro Payments Area). Der Begriff des „Lastschrifteinzugsverfahrens“ wurde durch den des „SEPA-Lastschrift-Mandats“ ausgetauscht.

Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als **Erstbehandelnder** wird auch ein hausärztlich tätiger Internist anerkannt, sofern rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis mit Name und Anschrift des Internisten vorgelegt wird.

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Der Begriff des „Erstbehandlers“ wurde durch den des „Erstbehandelnden“ ersetzt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB)

Teil I Musterbedingungen (MB/KT 2009)*, Teil II Tarifbedingungen*

Gilt für Tarif **KSET***, **KVET***, **MTG**, **SG**, **TG**.

*Die Änderungen gelten gleichfalls für die MB/KT 2009 Version C.

- § 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- (Teil I Musterbedingungen)
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 **nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an**. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; (...). Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. **Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.**

Begründung:

Den Antrag auf Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz hat der Versicherer in angemessener Frist anzunehmen. Damit wurde eine Anforderung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung umgesetzt. Die weitere Änderung regelt unter der genannten Voraussetzung den Ausschluss einer Umwandlung aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach Absatz 9.1)

10. **Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Der neue Absatz wurde aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer

(Teil I Musterbedingungen)

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009, AB/KK 2010 und AB/KK Unfall 2009

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen

AB/KK 2009 gilt für Tarif **KEZ, MediGroup A, MediGroup S, MediGroup Z, MediGroup ZB*, MediGroup Z Basis, MediGroup Z Premium, MediProphy*, MediZ Basis, MediZ Premium.**

AB/KK 2010 gilt für Tarif **MediGroup ZB**, MediProphy**.**

AB/KK Unfall 2009 gilt für Tarif **MediClinic U, MediGroup U.**

* Versicherungsverträge, die ab dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden.

** Versicherungsverträge, die vor dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden.

§ 4
Umfang der
Leistungspflicht

(neu eingefügt als:

Absatz **16** nach Absatz 15, AB/KK 2009 § 4

Absatz **16** nach Absatz 15, AB/KK 2010 § 4

Absatz **14** nach Absatz 13, AB/KK Unfall 2009 § 4)

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(neu eingefügt als:

Absatz **17** nach neuem Absatz 16, AB/KK 2009 § 4

Absatz **17** nach neuem Absatz 16, AB/KK 2010 § 4

Absatz **15** nach neuem Absatz 14, AB/KK Unfall 2009 § 4)

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(Anpassung der nachfolgenden Nummerierungen.)

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer

(AB/KK 2010 § 13 Absatz 4)

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

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

§ 18
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

(AB/KK 2009 § 18
AB/KK Unfall 2009 § 18)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen der Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und tarifliche Höchstsätze angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AB/KK 2009, AB/KK 2010 und AB/KK Unfall 2009) wurde der Begriff des „Behandlers“ bzw. des „Heilbehandlers“ durch den des „**Behandelnden**“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Zahnersatz-Tarif KEZ für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

Gilt für Tarif **KEZ**.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil II) für den Zahnersatz-Tarif KEZ für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung wurde der Name KEZ durch **MediZ Plus** ersetzt.

Begründung:

Tarif KEZ wurde in MediZ Plus umbenannt. Es handelt sich hierbei lediglich um eine Namensänderung. Der Versicherungsschutz bleibt unverändert.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2009), Teil II Tarifbedingungen (TB/PV 2009)

Gilt für Tarif **P3, PTG, PT2, PT3**.

§ 1
Gegenstand, Umfang und
Geltungsbereich des
Versicherungsschutzes

(Teil I Allgemeine Bedingungen)

- Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer **nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an**. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; (...). Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. **Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.**

Begründung:

Den Antrag auf Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz hat der Versicherer in angemessener Frist anzunehmen. Damit wurde eine Anforderung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung umgesetzt. Die weitere Änderung regelt unter der genannten Voraussetzung den Ausschluss einer Umwandlung aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften.

§ 4
Umfang der
Leistungspflicht

(neu eingefügt in Teil I Allgemeine Bedingungen nach Absatz 2.1)

- Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Der neue Absatz wurde aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer

(Teil I Allgemeine Bedingungen)

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Vorsorgetarif

Gilt für Tarif **MediGroup V, MediPrävent, impuls prevent.**

§ 2
Beginn des Versicherungsschutzes

2. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins zustande. Wird der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer speziell hierfür vorgesehenen Antrag ordnungsgemäß beantragt (maßgebend ist das Datum des Poststempels), gilt der Versicherungsvertrag als geschlossen und der Beitrag als bezahlt, sofern **ein SEPA-Lastschrift-Mandat** abgegeben wird, aufgrund **dessen** ein ordnungsgemäßer Einzug des Erstbeitrages erfolgt. (...)

§ 7
Beitragszahlung

5. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist bei Antragstellung bzw. spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zahlbar. Die Erteilung **eines SEPA-Lastschrift-Mandats**, aufgrund **dessen** ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung (vgl. § 2 Abs. 2).

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Die Ihnen bekannten Beitragseinzugsermächtigungen/Lastschriften wurden gemäß EU-Verordnung durch SEPA-Lastschrift-Mandate aufgrund der Vereinheitlichung und Standardisierung der neuen Zahlungsabwicklung in Europa ersetzt (SEPA: Single Euro Payments Area). Der Begriff der „Beitragseinzugsermächtigung“ wurde durch den des „SEPA-Lastschrift-Mandats“ ausgetauscht.

§ 11
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel in § 8 oder verändert er den in § 5 beschriebenen Umfang seiner Leistungspflicht gemäß § 16, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb **von zwei Monaten** nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Er kann in jedem Fall bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I) AVB/OPT G 2009

Gilt für Tarif **OPT G.**

§ 12
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009)

Gilt für Tarif **BTB, BTN**.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1–18

- § 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- (8) Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§ 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 1a Kalkulationsverordnung (KalV) (...) das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben werden, aktiviert werden.
Ein Wechsel in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz ist ausgeschlossen.

Begründung:

Die Änderung regelt den Ausschluss eines Wechsels der Versicherung in den Notlagentarif aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung.

- § 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- (9) An eine gewählte Selbstbehaltstufe ist die versicherte Person drei Jahre gebunden; der Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe kann frühestens mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Dreijahresfrist beantragt werden. Durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers wird die Dreijahresfrist nicht berührt. Danach kann der Wechsel derselben Selbstbehaltstufe mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ablauf eines Jahres beantragt werden. **Wird durch den vereinbarten Selbstbehalt keine oder nur eine geringe Reduzierung des Beitrages erreicht, kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen. Der Versicherer nimmt die Umstellung innerhalb von drei Monaten vor.**

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften. Wenn durch den vereinbarten Selbstbehalt im Basistarif keine oder nur eine geringe Reduzierung des Beitrages erreicht wird, kann jederzeit die Umstellung in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangt werden.

- § 4
Umfang der Leistungspflicht
- (neu eingefügt nach Absatz 5)
- (6) **Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.**

(neu eingefügt nach neuem Absatz 6)

- (7) **Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

- § 8
Beitragszahlung
- (3) **Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.**

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsneh-

mer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung. Die Regelung sieht u. a. vor, dass – sofern die Beiträge nicht gezahlt werden – Versicherte mit einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nach einem gesetzlich festgelegten Mahnverfahren unter den genannten Voraussetzungen in den Notlagentarif überführt werden.

- § 8a
Beitragsberechnung
und -begrenzung
- (9) Wird der Versicherungsvertrag im Basistarif für eine versicherte Person später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung abgeschlossen, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. (...) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, **wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann.** Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung.

- § 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb **von zwei Monaten** nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

- § 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer
- (6) Die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4 und 5 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird **nur** wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb **von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung** nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; **liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.**

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften werden die Fristen geregelt, innerhalb derer der erforderliche Nachweis für eine wirksame Kündigung eines Versicherungsverhältnisses, das die Pflicht zur Versicherung erfüllt, erbracht werden muss.

Tarif BT

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Heilbehandlung

In Abschnitt A entfällt der Textteil „und für Zuzahlungen“ bei
Nr. 1 „Ärztliche Behandlung“ Absatz 2 und
Nr. 2 „Psychotherapie“ Absatz 3.

Abschnitt A Nr. 3 „Zuzahlungen bei den Nummern 1 und 2“ entfällt vollständig.

B. Maßnahmen nach § 1 Abs. 3 a) MB/BT 2009

In Abschnitt B Nr. 3 „Empfängnisverhütung“ Absatz 2 entfällt der Verweis auf die Zuzahlungen nach Abschnitt A Nr. 3.

C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

In Abschnitt C entfällt der Textteil „und für Zuzahlungen“ bei
Nr. 1 „Zahnärztliche Behandlung“ Absatz 6.

In Abschnitt C Nr. 4 entfällt in der Überschrift der Textteil „Zuzahlungen und“. Nr. 4 Absatz 1 entfällt vollständig.

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Im Basistarif wurde die Praxisgebühr in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch verschiedene Regelungen zu Zuzahlungen nachgebildet. Aufgrund der Abschaffung der Praxisgebühr wurde entsprechend die Streichung der Zuzahlungen vorgenommen.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif

Teil I Musterbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1 – 19

Teil II Tarifbedingungen (TB/ST) Nr. 1 – 10

Gilt für Tarif **STB, STN**.

Präambel

(Teil I Musterbedingungen)

Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Nr. 1 TB/ST genannten Personen, wenn ihr substitutiver Krankenversicherungsvertrag in einem anderen Tarif als dem Standardtarif vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist. Der Standardtarif garantiert dem aufnahme- und versicherungsfähigen Privatversicherten, dass er als Einzelperson keinen höheren Beitrag zahlen muss als **den Höchstbeitrag** der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Ehegatten und Lebenspartner zahlen unter bestimmten Voraussetzungen (s. § 8a Abs. 2 MB/ST) insgesamt höchstens 150 v. H. dieses Höchstbeitrags. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen und Ehegatten und Lebenspartner beihilfesatzkonform, das heißt auf den vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil. (...)

Begründung:

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2009 die bis dahin bestehende Beitragsautonomie der einzelnen Krankenkassen aufgehoben und ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt. Soweit in den Versicherungsbedingungen noch der Begriff des „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes“ bzw. des „durchschnittlichen Höchstbeitrages“ aufgeführt ist, wurde dies entsprechend geändert.

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(Teil I Musterbedingungen)

6. 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; (...). Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Beantragen Personen, deren Aufnahme in den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (...) erfolgte, die Umwandlung der Versicherung nach dem Standardtarif in einen gleichartigen Versicherungsschutz, wird außerdem der zuletzt festgestellte und dokumentierte Risikozuschlag zugrunde gelegt. **Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz ist ausgeschlossen.**

Begründung:

Die Änderung regelt den Ausschluss einer Umwandlung der Versicherung in den Notlagentarif aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach Absatz 6)

7. **Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.**

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach neuem Absatz 7)

8. **Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

(Teil I Musterbedingungen)

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG ...) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. (...) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, **wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann**. Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

(Teil I Musterbedingungen)

6. **Ist der Versicherungsnehmer im Standardtarif mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.**

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung. Die Regelung sieht u. a. vor, dass – sofern die Beiträge nicht gezahlt werden – Versicherte mit einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nach einem gesetzlich festgelegten Mahnverfahren unter den genannten Voraussetzungen in den Notlagentarif überführt werden.

§ 8a
Beitragsberechnung,
-begrenzung, -anglei-
chung und -anpassung

(Teil I Musterbedingungen)

2. Der zu zahlende Beitrag ist für Einzelpersonen begrenzt auf die Höhe **des Höchstbeitrages** der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 % **des Höchstbeitrages** der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. In die Beitragsbegrenzung wird bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten auch der Beitrag für eine Krankentagegeldversicherung einbezogen, soweit sie Leistungen von höchstens 70 % der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vorsieht.

Der Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach **dem allgemeinen Beitragssatz** der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (...) und der Beitragsbemessungsgrenze (...).

Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige ist der zu zahlende Beitrag nach Satz 1 begrenzt auf den durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil **des Höchstbeitrages** der GKV gemäß Satz 3. (...)

(Teil I Musterbedingungen)

3. Ändert sich **der Höchstbeitrag** der GKV, wird bei Versicherten, die einen Zuschuss des Versicherers gemäß Absatz 2 letzter Satz erhalten, eine Beitragsangleichung auf den kalkulatorisch notwendigen Beitrag vorgenommen, höchstens jedoch bis zur Höhe des **neuen Höchstbeitrages** der GKV. Absatz 2 Satz 1 und 3 gelten entsprechend.

(Teil I Musterbedingungen)

7. Beitragsangleichungen (s. Absatz 3) werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des **geänderten Höchstbeitrages** der GKV wirksam. (...)

Begründung:

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2009 die bis dahin bestehende Beitragsautonomie der einzelnen Krankenkassen aufgehoben und ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt. Soweit in den Versicherungsbedingungen noch der Begriff des „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes“ bzw. des „durchschnittlichen Höchstbeitrages“ aufgeführt ist, wurde dies entsprechend geändert.

§ 13

(Teil I Musterbedingungen)

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

§ 13

(Teil I Musterbedingungen)

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften werden die Fristen geregelt, innerhalb derer der erforderliche Nachweis für eine wirksame Kündigung eines Versicherungsverhältnisses, das die Pflicht zur Versicherung erfüllt, erbracht werden muss.

Teil III Tarif ST

Tarifstufe STB

Tarifstufe STB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. (...) Die Leistungsstufe **STB 100** ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren. (...)

Begründung:

In 2009 wurde der modifizierte Standardtarif (mST) in den brancheneinheitlichen Basistarif der Privaten Krankenversicherung überführt. Soweit in den Versicherungsbedingungen noch der Begriff „mST“ aufgeführt ist, wurde dieser herausgenommen.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Muster- und Tarifbedingungen) für den Standardtarif wurde der Begriff des „Behandlers“ bzw. des „Heilbehandlers“ durch den des „**Behandelnden**“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Studentische Krankenversicherung (PSKV)

Teil I Musterbedingungen (MB/PSKV 2009), Teil II Tarifbedingungen Tarif PSKV

Gilt für Tarif **PSKV**.

§ 1

(Teil I Musterbedingungen)

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (6) 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; (...). Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. **Die Umwandlung des Versicherungsschutzes in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz ist ebenfalls ausgeschlossen.**

Begründung:

Die Änderung regelt unter den genannten Voraussetzungen den Ausschluss einer Umwandlung der Versicherung aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften sowie aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Notlagentarif).

§ 4
Umfang der
Leistungspflicht

(Teil I Musterbedingungen)

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten **Behandelnden** verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Der Begriff des „Behandlers“ wurde durch den des „Behandelnden“ ersetzt.

§ 4
Umfang der
Leistungspflicht

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach Absatz 6)

- (7) **Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.**

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen nach neuem Absatz 7)

- (8) **Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 8
Beitragszahlung

(Teil I Musterbedingungen)

- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG ...) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. (...) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, **wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann.** Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

(Teil I Musterbedingungen)

- (6) **Ist der Versicherungsnehmer im Tarif PSKV mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.**

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

Begründung:

Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung. Die Regelung sieht u. a. vor, dass – sofern die Beiträge nicht gezahlt werden – Versicherte mit einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nach einem gesetzlich festgelegten Mahnverfahren unter den genannten Voraussetzungen in den Notlagentarif überführt werden.

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(Teil I Musterbedingungen)

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

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(Teil I Musterbedingungen)

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

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften werden die Fristen geregelt, innerhalb derer der erforderliche Nachweis für eine wirksame Kündigung eines Versicherungsverhältnisses, das die Pflicht zur Versicherung erfüllt, erbracht werden muss.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen (MB/PV 2009), Teil II Tarifbedingungen gilt für Tarif PT.

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2009P), Teil II Tarifbedingungen (TB/PV 2009P) gilt für Tarif P1.

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(Teil I Musterbedingungen MB/PV 2009

Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009P)

6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer **nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an**. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; (...). Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. (...) **Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.**

Begründung:

Den Antrag auf Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz hat der Versicherer in angemessener Frist anzunehmen. Damit wurde eine Anforderung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung umgesetzt. Die weitere Änderung regelt unter der genannten Voraussetzung den Ausschluss einer Umwandlung aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

(neu eingefügt in Teil I Musterbedingungen MB/PV 2009 nach Absatz 4

neu eingefügt in Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009P nach Absatz 4.2)

5. **Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Der neue Absatz wurde aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer

(Teil I Musterbedingungen MB/PV 2009
Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009P)

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung (AVB)

AVB Auslandsreise-Tarif AR gilt für Tarif **AR**.

AVB Auslandsreise-Tarif ARB gilt für Tarif **ARB**.

AVB Auslandsreise-Tarif MediTravel gilt für Tarif **MediTravel**.

AVB Auslandsreise-Tarif RR gilt für Tarif **RR**.

§ 2
Beginn und (...) des
Versicherungsschutzes

(AVB Tarif AR § 2 Absatz 2
AVB Tarif ARB § 2 Absatz 2
AVB Tarif MediTravel § 2 Absatz 2
AVB Tarif RR § 2 Absatz 3)

In den vorgenannten Regelungen wurde der Begriff der „Beitragseinzugsermächtigung“ durch den des **„SEPA-Lastschrift-Mandats“** ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Die Ihnen bekannten Beitragseinzugsermächtigungen/Lastschriften wurden gemäß EU-Verordnung durch SEPA-Lastschrift-Mandate aufgrund der Vereinheitlichung und Standardisierung der neuen Zahlungsabwicklung in Europa ersetzt (SEPA: Single Euro Payments Area).

§ 3
Umfang der
Leistungspflicht

(neu eingefügt als:
Absatz **6** nach Absatz 5, AVB Tarif AR § 3
Absatz **6** nach Absatz 5, AVB Tarif ARB § 3
Absatz **7** nach Absatz 6, AVB Tarif MediTravel § 3
Absatz **5** nach Absatz 4, AVB Tarif RR § 3)

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(neu eingefügt als:

Absatz **7** nach neuem Absatz 6, AVB Tarif AR § 3
Absatz **7** nach neuem Absatz 6, AVB Tarif ARB § 3
Absatz **8** nach neuem Absatz 7, AVB Tarif MediTravel § 3
Absatz **6** nach neuem Absatz 5, AVB Tarif RR § 3)

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(Anpassung der nachfolgenden Nummerierungen.)

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

- § 6
Beitragszahlung
- (AVB Tarif AR § 6 Absatz 2
AVB Tarif ARB § 6 Absatz 2
AVB Tarif MediTravel § 6 Absatz 2)
2. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist vor Versicherungsbeginn bzw. bei Antragstellung, spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages, zahlbar. Die Erteilung **eines SEPA-Lastschrift-Mandats**, aufgrund **dessen** ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung.
- § 7
Beitragszahlung
- (AVB Tarif RR § 7 Absatz 1)
1. Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und ist vor Versicherungsbeginn bzw. bei Antragstellung, spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages, zahlbar. Die Erteilung **eines SEPA-Lastschrift-Mandats**, aufgrund **dessen** ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung.

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Die Ihnen bekannten Beitragseinzugsermächtigungen/Lastschriften wurden gemäß EU-Verordnung durch SEPA-Lastschrift-Mandate aufgrund der Vereinheitlichung und Standardisierung der neuen Zahlungsabwicklung in Europa ersetzt (SEPA: Single Euro Payments Area). Der Begriff der „Beitragseinzugsermächtigung“ wurde durch den des „SEPA-Lastschrift-Mandats“ ausgetauscht.

- § 12
Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge
- (AVB Tarif AR § 12
AVB Tarif ARB § 12
AVB Tarif MediTravel § 12)
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (...) können (...) zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung (Tarif AR, ARB, MediTravel, RR) wurde der Begriff des „Behandlers“ bzw. des „Heilbehandlers“ durch den des „**Behandelnden**“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AB/AVL N2009)

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/AVL N2009)

Gilt für Tarif **AVL N1, AVL N2, AVL N3, AVL N4.**

- § 3
Umfang der Leistungspflicht
- (neu eingefügt nach Absatz 8)
9. **Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.**
- (neu eingefügt nach neuem Absatz 9)
10. **Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

(Anpassung der nachfolgenden Nummerierungen.)

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 18
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Tarif AVL N können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen der Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und tarifliche Höchstsätze angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung wurde der Begriff des „Behandlers“ bzw. des „Heilbehandlers“ durch den des „Behandelnden“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen

AVB/AAV 2009 gilt für Tarif **AAV**.

AVB/NAAV 2009 gilt für Tarif **NAAV**.

§ 4
Umfang der
Leistungspflicht

(neu eingefügt als:
Absatz **13** nach Absatz 12, AVB/AAV 2009 § 4
Absatz **7** nach Absatz 6, AVB/NAAV 2009 § 4)

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(neu eingefügt als:
Absatz **14** nach neuem Absatz 13, AVB/AAV 2009 § 4
Absatz **8** nach neuem Absatz 7, AVB/NAAV 2009 § 4)

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(AVB/NAAV: Anpassung der nachfolgenden Nummerierung.)

Begründung:

Die neuen Absätze wurden aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Behandlung Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die Behandlung fordern. Des Weiteren kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 15
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (...) können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer (AVB/AAV 2009, AVB/NAAV 2009) wurde der Begriff des „Behandlers“ bzw. des „Heilbehandlers“ durch den des „**Behandelnden**“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Änderung.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Krankenrücktransportversicherung AVB/Parion 2009

Gilt für Tarif **Parion (RTV)**.

§ 4
Umfang der
Leistungspflicht

(neu eingefügt nach Absatz 5)

- 6. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.**

Begründung:

Der neue Absatz wurde aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften eingefügt. Unter den dargestellten Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vom Versicherer Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen.

§ 17
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb **von zwei Monaten** vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Begründung:

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften verlängert sich die hier genannte Kündigungsfrist von einem Monat auf zwei Monate.

