

Vertragsgrundlage 071

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)

Seite 1 von 2

Teil II Tarif Pflegevorsorge Flex-U

<p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Monatliches Pflegegeld</p> <p>(2) Höchst-Pflegegeld in den einzelnen Pflegestufen</p>	<p>Der Versicherer zahlt das vertraglich vereinbarte monatliche Pflegegeld ab dem 1. des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.</p> <p>Die Leistungen richten sich nach der Höhe des für die versicherte Person für die jeweilige Pflegestufe vereinbarten Pflegegeldes.</p> <p>Tarifstufen:</p> <p>Flex 1-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I. Liegt bei Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor und keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III, so werden 20% des für Pflegestufe I vereinbarten Pflegegeldes fällig.</p> <p>Flex 2-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II</p> <p>Flex 3-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III</p> <p>Ändert sich die Pflegestufe innerhalb eines Monats, so wird für diesen Monat die Leistung aus der für die jeweils höhere Pflegestufe bestehenden Tarifstufe fällig.</p> <p>Die Höhe des Pflegegeldes nach den Tarifstufen Flex 1-U und Flex 2-U darf die Höhe der beim Versicherer für die jeweils nächst höhere Pflegestufe bestehenden Pflegegelder nicht überschreiten.</p>
<p>B. Beitragsbefreiung</p>	<p>Besteht für eine versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person in Tarif Pflegevorsorge Flex-U befreit. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils für den ganzen Monat, in dem die Pflegebedürftigkeit besteht.</p>
<p>C. Dynamik</p>	<p>Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Satzes. Erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet bzw. das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dabei wird das Pflegegeld kaufmännisch auf volle 10,- Euro gerundet.</p> <p>Eine Erhöhung erfolgt bis max. zu den vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen.</p> <p>Die planmäßige Beitragserhöhung wird nach den in § 9 AVB/PV Teil 1 festgelegten Grundsätzen berechnet.</p> <p>Ist für die versicherte Person zum Zeitpunkt einer planmäßigen Erhöhung des Pflegegeldes der Versicherungsfall bereits eingetreten, kann die Erhöhung noch einmal in Anspruch genommen werden. Danach entfällt der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen der versicherten Person.</p> <p>Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von einem Monat nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.</p> <p>Widersprechen Sie für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.</p>
<p>D. Bonifikation</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden könnten, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus).</p> <p>Art, Umfang und Voraussetzungen der Verhaltensboni werden dem Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss, erfolgte Änderungen zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres mitgeteilt. Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>

Teil I Bedingungen

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Versicherungsleistung

(1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegegeld oder sonst vereinbarte Leistungen.

Versicherungsfall; Beginn und Ende

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(3) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne von Absatz 3 sind

- a. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- b. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- c. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Die Hilfe im Sinne von Absatz 3 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(6) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatz 3 sind

- a. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- b. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- d. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Stufe der Bedürftigkeit

(7) Die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der tariflich vereinbarten Pflegestufen erfolgt nach folgenden Kriterien

- a. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(8) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(9) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- a. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- b. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- c. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Absatz 6 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf / Beginn und Ende

(10) Als Versicherungsfall gilt auch ein erheblicher Bedarf einer versicherten Person an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Er endet, wenn kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung mehr besteht.

Bestimmung eines erheblichen Bedarfs an Beaufsichtigung und Betreuung

(11) Einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegepflichtversicherung) als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(12) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- a. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- b. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- d. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- e. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;

- h. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- i. Störung des Tag/Nacht-Rhythmus;
- j. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- k. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- l. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- m. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a bis i, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Vertragsgrundlagen

(13) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Geltungsbereich

(14) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege im Gebiet der Europäischen Union sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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 fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 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 erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Eintritt und Dauer der Pflegebedürftigkeit oder des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einer versicherten Person sowie die Pflegestufe sind durch Vorlage der jeweils aktuellen Feststellungsunterlagen des medizinischen Dienstes der deutschen Pflegekasse bzw. eines privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens nachzuweisen.
- (3) Bei der Feststellung der in Absatz 2 genannten Leistungsvoraussetzungen schließt sich der Versicherer der schriftlichen Entscheidung der deutschen Pflegekasse bzw. des deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmens hinsichtlich deren Leistungspflicht an.
- (4) Die Leistung des Versicherers erfolgt unabhängig von einer Leistung der deutschen Pflegekasse bzw. des privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens als Träger der privaten Pflegepflichtversicherung.

(5) Zur Feststellung des Eintritts und der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit genügt eine ärztliche Bescheinigung, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Feststellung weder bei einer deutschen Pflegekasse noch bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert ist. Der Versicherer stellt hierfür einen Vordruck für die ärztliche Bescheinigung zur Verfügung. Abs. 3 findet in diesen Fällen keine Anwendung.

(6) Bonifikationen

Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Bonifikationen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden. Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Bonifikation teilnehmen.

§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person

- a. die durch Kriegereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegereignisse zurückzuführen sind.
- b. die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
- c. die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.
- (2) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.
- (3) Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

§ 9 Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 7 Vomhundertsatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vomhundertsatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(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.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

(1) Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit bzw. des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sind dem Versicherer unverzüglich, spätestens jedoch 42 Tage nach Feststellung durch den medizinischen Dienst (s. § 4 Absatz 2) oder Arzt (s. § 4 Absatz 5), schriftlich mitzuteilen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers die Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung (Pflegegeld oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerenten oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für eine versicherte Person bedarf der Einwilligung des Versicherers.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 11 Abs. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis - auch für einzelne versicherte Personen - zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) 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.

(4) 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 Kündigung 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.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist und nicht bei Verlegung in die Schweiz. Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen**§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 18 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 12/2012

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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