

Allgemeine Bestimmungen

Versicherbarer Personenkreis

Aufnahmefähig sind Personen, die bei Vertragsabschluss

- ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und
- höchstens 44 Jahre alt sind.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der GKV oder bei der INTER Krankenversicherung AG PKV-versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Leistungen

Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer Zusatzversicherung

Das Recht auf Umstellung des Vertrags – ohne erneute Risikoprüfung – besteht

- a) alle 3 Jahre zum Ablauf des Versicherungsjahres (erstmalig nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren der versicherten Person im Tarif INTER Opti)
- b) zu verschiedenen Ereignissen:
 - die versicherte Person heiratet oder
 - die versicherte Person nimmt eine abhängige Beschäftigung auf oder
 - die versicherte Person beginnt oder beendet eine Ausbildung oder ein Studium
 - der versicherte Human- oder Zahnmediziner lässt sich nieder (z.B. Praxisgründung)oder für die versicherte Person endet
 - die Versicherungspflicht in der GKV oder
 - der Anspruch auf Heilfürsorge oder
 - der Anspruch auf Familienversicherung oder
 - die Bindefrist in der GKV.
- c) mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet.

Der Abschluss oder die Erweiterung ist möglich in verkaufsoffene Tarife der

- a) Krankenzusatzversicherung
- b) Krankentagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen)
- c) Krankenhaustagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen)

Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer Krankheitskostenvollversicherung

Das Recht auf Umstellung des Vertrags – ohne erneute Risikoprüfung – besteht in folgenden Fällen:

- a) Für die versicherte Person endet
 - die Versicherungspflicht in der GKV oder
 - der Anspruch auf Heilfürsorge oder
 - der Anspruch auf Familienversicherung oder
 - die Bindefrist in der GKV.
- b) Für die freiwillig in der GKV versicherte Person ändert sich
 - der allgemeine GKV-Beitragssatz oder
 - der Zusatzbeitragssatz in der GKV oder
 - der GKV-Beitrag aufgrund der Festsetzung der Beiträge basierend auf den tatsächlichen Einnahmen.
- c) Die freiwillig in der GKV versicherte Person ist 36 Monate im Tarif INTER Opti versichert.
- d) Der/die versicherte Human- oder Zahnmediziner/in lässt sich nieder.

Die Erweiterung eines bestehenden Vertrags ist ohne erneute Risikoprüfung zum Ende des dritten, fünften und zehnten Versicherungsjahres möglich oder zum Eintritt folgender Ereignisse:

- Die versicherte Person wechselt aus dem Angestelltenverhältnis in eine selbstständige bzw. freiberufliche Tätigkeit.
- Die versicherte Person wechselt aus einer selbstständigen bzw. freiberuflichen Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis.
- Die versicherte Person wechselt den Arbeitgeber.

Der Abschluss oder die Erweiterung ist möglich in verkaufsoffene Tarife der

- a) Krankheitskostenvollversicherung
- b) Krankentagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen)
- c) Krankenhaustagegeldversicherung (mit Höchstgrenzen)
- d) Pflegepflichtversicherung.

Eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes oder Krankenhaustagegeldes ist nur im Zuge einer Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Krankheitskostenvollversicherung möglich.

Fristen zur Ausübung des Optionsrechts

Die Fristen für die oben aufgeführten Ausübungszeitpunkte und Ereignisse sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif INTER Opti zu entnehmen.

Ende der Versicherung

Die Versicherung endet für die versicherte Person, wenn

- für diese das Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer Krankheitskostenvollversicherung ausgeübt worden ist, oder
- diese das 50. Lebensjahr vollendet hat, oder
- die Versicherungsfähigkeit wegfällt.

Besonderheiten

Beitragsgarantie

Beitragsgarantie für die gesamte Versicherungsdauer, die Beitragshöhe ist abhängig vom Eintrittsalter in den Tarif INTER Opti.

Informationen gem. § 1 VVG-InfoV

Angaben zum Unternehmen, ladungsfähige Anschrift und gesetzliche Vertreter

INTER Krankenversicherung AG, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim
 Telefon: 0621 427-427, Fax: 0621 427-944, E-Mail: info@inter.de
 Vorstand: Roberto Svenda (Sprecher), Dr. Sven Koryciorz, Dr. Günther Blaich
 Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas
 Sitz: Mannheim; Handelsregister-Nr. HRB 723887 beim Amtsgericht Mannheim
 Die INTER Krankenversicherung AG ist ein Unternehmen in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft

Hauptgeschäftstätigkeit

Als privates Krankenversicherungsunternehmen besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb der Krankenversicherung.

Sicherungsfonds

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

Wesentliche Merkmale der Versicherung und anwendbares Recht

Für das Vertragsverhältnis gelten unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen und das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die für den Vertrag gültigen Versicherungsbedingungen sind diesen Informationen beigelegt. Darin sind auch Auszüge aus den relevanten Gesetzestexten enthalten.

Eine Übersicht über die Leistungen der von Ihnen gewünschten Tarife finden Sie ebenfalls in diesen Ihnen vorliegenden Informationen.

Gesamtpreis

Tarif	Tarifbeginn	Zahlbeitrag	davon		Satz / Vers.summe
			Tarif- beitrag	gesetzl. Zuschlag	

INTER Opti

Zum angegebenen Beitrag kommen ggf. Risikozuschläge hinzu. Diese sind gesondert mit Ihnen zu vereinbaren, sofern die Gesundheitsprüfung ergibt, dass die Versicherung nur gegen Risikozuschlag möglich ist. Risikozuschläge sind im Versicherungsschein aufgeführt.

Beitragszahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise des Beitrags ist grundsätzlich monatlich, jeweils zu Beginn eines jeden Kalendermonats, sofern nicht ausdrücklich ein anderer Beitragszahlungszeitraum vereinbart wurde. Die Zahlung erfolgt rechtzeitig, wenn Sie alles Erforderliche für die Zahlung getan haben, z. B. einen Überweisungsauftrag erteilt haben.

Sofern Sie uns eine Lastschrifteinzugsermächtigung erteilt haben, kümmern wir uns um den Beitragseinzug.

Bitte beachten Sie zusätzlich die unten unter "Vertragsabschluss, Antragsbindung des Versicherungsnehmers, Beginn des Versicherungsschutzes" genannten Hinweise zur Zahlung des Erstbeitrags.

Gültigkeitsdauer der Information

Unser Angebot für die Krankenversicherung, einschließlich der Angaben zum Beitrag, bezieht sich auf den Zeitpunkt,

zu dem der Angebotsvorschlag erstellt wurde.

[Vertragsabschluss, Antragsbindung des Versicherungsnehmers, Beginn des Versicherungsschutzes](#)

Haben Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz gestellt und nehmen wir Ihren Antrag an, kommt der Vertrag mit Zugang des Versicherungsscheins zustande. Haben wir Ihnen ein Angebot auf Abschluss eines Versicherungsvertrages unterbreitet, kommt der Vertrag zustande, wenn Sie die Annahme unseres Angebotes in Textform erklären.

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf einer Frist von zwei Wochen nach Abschluss des Vertrages widerrufen. Einzelheiten des Widerrufsrechts finden Sie unter dem nachfolgenden Punkt sowie in der Widerrufsbelehrung.

Sie können den Widerruf auch schon vor unserer Entscheidung über die Annahme des Antrags erklären.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung in Textform), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate - es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten - und nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.

Ist die Zahlung des Erstbeitrags durch Lastschrifteinzug vereinbart und kann der Lastschrifteinzug von uns bei Fälligkeit des Erstbeitrags erfolgreich durchgeführt werden, besteht ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt Versicherungsschutz. Wird die Lastschrift über den Erstbeitrag nicht eingelöst bzw. wegen Widerspruchs zurückbelastet, ist der Erstbeitrag nicht gezahlt worden. In diesem Fall beginnt der Versicherungsschutz nicht, bevor Sie die Zahlung des Erstbeitrags veranlasst haben, z. B. durch Erteilung eines Überweisungsauftrags an Ihr Kreditinstitut, es sei denn, Sie haben die Nichteinlösung bzw. die Rückbelastung wegen Widerspruchs nicht zu vertreten.

[Widerrufsbelehrung](#)

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Einzelheiten zur Ausübung des Widerrufsrechts sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs sind in der Widerrufsbelehrung enthalten.

[Laufzeit/Mindestlaufzeit des Vertrages](#)

Der Vertrag wird für eine bestimmte Mindestlaufzeit, z. B. zwei Versicherungsjahre, abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Näheres ist den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

[Beendigung/Kündigung des Vertrages](#)

Sie können den Versicherungsvertrag nach Ablauf der Mindestlaufzeit in der Regel zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Sofern die von Ihnen gewünschten Tarife abweichende Regelungen vorsehen, sind diese den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Um eine Versicherung zu kündigen, die die gesetzliche Krankenversicherungspflicht erfüllt, müssen Sie vorher bei einem anderen Versicherer für die betreffende Person einen neuen Vertrag abschließen, der dieser Pflicht genügt. Bei einer Versicherung, die die gesetzliche Krankenversicherungspflicht erfüllt, und bei einer Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den Kranken- oder im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist eine Kündigung durch uns regelmäßig nicht möglich.

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Ändern sich Merkmale, die für die Versicherungsfähigkeit in einem bestimmten Tarif Voraussetzung sind, kann die Versicherung enden oder eine Anpassung erforderlich werden. Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, lesen Sie bitte §§ 13 - 15 der jeweils gültigen Rahmenbedingungen und ggf. der ergänzenden Tarifbedingungen (nur bei manchen Tarifen) für Ihre Versicherung bzw. der Allgemeinen Vertragsbestimmungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Art der Schadenversicherung.

Gerichtsstand

Für Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz zuständig. Wahlweise ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, ist der Gerichtsstand an unserem Sitz begründet.

Sprache

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

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren, Aufsichtsbehörde

Sollten Sie mit uns oder unseren Entscheidungen einmal nicht zufrieden sein, haben Sie die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde direkt an unseren Vorstand zu wenden. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung richten. Sie erreichen ihn unter: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, Telefon 0800 255 0444, Fax 030 2045-8931, Internet: www.pkv-ombudsmann.de.

Ebenso können Sie Beschwerden an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde richten. Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen -, Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn, Telefon 0228 299 70 299, Fax 0228 4108-1550, Internet www.bafin.de. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:

- Versicherungsantrag,
- Versicherungsschein und
- Allgemeine Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um ein Optionsrecht auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung sowie einer Krankentagegeld- und privaten Pflegepflichtversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Die versicherte Person hat das Recht bei Eintritt der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Ereignisse und Zeitpunkte eine Krankheitskostenzusatzversicherung und/oder Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschließen.
- ✓ Die versicherte Person hat das Recht bei Eintritt der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Ereignisse ihren bestehenden Versicherungsschutz durch eine oder mehrere Krankheitskostenzusatzversicherungen und/oder Krankheitskostenvollversicherungen bzw. Beihilfeversicherungen zu erweitern.



Was ist nicht versichert?

- ✗ In diesem Tarif sind außer dem Optionsrecht keine weiteren Leistungen versichert



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Versicherungszeiten im Optionstarif werden nicht auf eine in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer gestaffelte Tarifleistung (z.B. Zahnstaffel) angerechnet.
- ! Die abschließbaren Tagessätze, der nach der Ausübung der Option abschließbaren Tagegeldtarife sind auf Höchstsummen begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht innerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Vertragsstaaten) und der Schweiz.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt bis zu 12 Monaten im außereuropäischen Ausland besteht ebenfalls Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle Fragen des Versicherers zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen sowie zu geplanten Behandlungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- Die Beiträge sind an die von dem Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Das Optionsrecht beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen
- Das Optionsrecht endet nachdem das Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung ausgeübt worden ist, spätestens jedoch wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder verstirbt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Kalenderjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit kündigen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

INTER Krankenversicherung AG
Erzbergerstr. 9-15
68165 Mannheim
(oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim),
Faxnummer 0621 427-944,
E-Mail-Adresse Widerruf@inter.de

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Versicherungsantrag/Versicherungsschein ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Betrag für den bis dahin gewährten Versicherungsschutz. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalles aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die INTER Krankenversicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ärzte, Krankenhäuser und Gutachter weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die INTER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die INTER

Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die INTER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die INTER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die INTER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- **in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die INTER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die INTER einwillige**
- **oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der INTER

Die INTER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die INTER benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die INTER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die INTER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die INTER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der INTER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <http://www.inter.de> eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim E-Mail: datenschutzbeauftragter@inter.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die INTER Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die INTER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die INTER aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die INTER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die INTER unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich,

entbinde ich die für die INTER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß

§ 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3.5. Datenweitergabe zum Zwecke der Beschaffung der Rentenversicherungsnummer und der Krankenversichertennummer (nur erforderlich bei einer Krankheitskostenvollversicherung oder einer Beihilfeversicherung)

Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen

oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Ihnen und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z.B. die elektronische Patientenakte. Welche Anwendungen angeboten werden, entscheidet die INTER. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

Krankenversichertennummer

Für den Zugang zur TI ist eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) oder eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die eGK sowie die digitale Identität dienen als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine eGK oder eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigt die INTER Ihre Krankenversichertennummer

(KVNR). Wenn Sie noch keine KVNR haben, lässt die INTER diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/>.

Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass

die INTER der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und die RVNR übermittelt. Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. mitgeteilt wurde, lässt die INTER diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. ruft diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass die INTER der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermittelt:

Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt, ggf. Rentenversicherungsnummer.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der INTER mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben,

dass die elektronische Gesundheitskarte, die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für die INTER tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für die INTER tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die INTER im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die INTER speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der INTER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- INTER Versicherungsverein aG
 - INTER Krankenversicherung AG
 - INTER Lebensversicherung AG
 - INTER Allgemeine Versicherung AG
- Anschrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim

sowie

- die Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG
- Anschrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

Stelle:	übertragene Aufgabe:
1. Brinkmann Rechtsanwälte Hülchrather Straße 35 50670 Köln	außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
2. Euforma AG Hülchrather Straße 35 50670 Köln	Forderungsmanagement
3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Ellhofen	medizinische Dienstleistungen
4. IMB Consult GmbH Amtsmann-Ibing-Straße 10 44805 Bochum	Durchführung von medizinischen Begutachtungen
5. infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99 76532 Baden-Baden	Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
6. MD Medicus AssistanceService GmbH Industriestraße 2a 67063 Ludwigshafen	Assistance-Leistungen
7. MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74a 50968 Köln	Durchführung von medizinischen Begutachtungen
8. Rhenus Data Office GmbH Industriestraße 5 48301 Nottuln	Aktenvernichtung
9. ViaMED GmbH Motorstraße 52 70499 Stuttgart	medizinische Dienstleistungen
10. Malteser Hilfsdienst GmbH Malteser Service Center Erna-Scheffler-Straße 2 51103 Köln	Assistance-Leistungen
11. PAV Card GmbH Hamburger Straße 6 22952 Lütjensee	Datenabfragen zur Einholung der Krankenversicherungsnummer

III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

Kategorien:	übertragene Aufgabe:
1. Assistance-Dienstleister	Erbringung von Assistance-Leistungen
2. Auskunfteien	Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
3. Hilfsmittelanbieter	Versorgung mit Hilfsmitteln
4. Inkasso-Unternehmen	Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
5. IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen
6. Medizinische Gutachter	Erstellung von Gutachten
7. Medizinische Dienstleister	Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z. B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen
8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.inter.de einsehbar.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand 01.01.2021

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

INTER Versicherungsverein aG
INTER Krankenversicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
INTER Allgemeine Versicherung AG
Erzbergerstraße 9-15
68165 Mannheim
Telefon: 0621 427-427
Telefax: 0621 427-944
E-Mail: info@inter.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail an datenschutzbeauftragter@inter.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben sich unsere Unternehmen auf die Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.inter.de/Datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem der oben genannten Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 EU-DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) EU-DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) EU-DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) EU-DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Einzelne übernommene Risiken versichern die oben genannten Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Versicherungsvermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche der INTER Versicherungsgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.inter.de/Datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 102932
70025 Stuttgart

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Sofern im Rahmen der Begründung oder der Durchführung Ihres Versicherungsvertrages ein Austausch Ihrer personenbezogenen Daten mit dem HIS erfolgt, werden Sie hierüber gesondert informiert.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung, dem Bezug von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten an die infoscore Consumer Data (ICD) GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b) und Art. 6 Abs. 1 f) der EU-DSGVO. Übermittlungen auf Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe oder Dritter erforderlich ist und nicht Ihre Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne von Art. 14 EU-DSGVO, das heißt Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie hier: finance.arvato.com/icdinfoblatt

Adressauskünfte

Wir übermitteln im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieser Geschäftsbeziehung an die EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1-3, D-61279 Grävenwiesbach (EURO-PRO).

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 b) und Artikel 6 Absatz 1 f) der EU-DSGVO. Die EURO-PRO verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch, um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Adressinformationen von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der EURO-PRO können dem EURO-PRO Informationsblatt entnommen oder online unter www.europro.de/datenschutz eingesehen werden.

Verkaufsoffene INTER-Tarife mit Beitragsgarantie bis zum 31.12.2027



Ärzte- und Zahnärztetarife

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
JA U	✓		
JA S10 U			
JA S20 U			
JAK U			
JE U	✓	✓	✓
JAZ 300A	✓	✓	—
JA Best	✓		
JA Best 1			
JA Best 2			
ZAK(V) 1 U	✓		
ZAK(V) 2 U	✓	✓	✓
ZAK 3S U		✓	✓
ZAZ U			

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
ZA Best	✓	✓	✓
ZA Best 1	✓	✓	✓
ZA Best 2	✓	✓	✓
ZAML Best	✓	✓	✓
ZAML Best 1	✓	✓	✓
ZAML Best 2	✓	✓	✓
KTMA*	✓	—	—
KTMN*	✓	—	—

*gilt für alle Karenzzeiten der Krankentagegeldtarife

Legende

✓ Beitragsstabiler Tarif

— Tarif in dieser Personengruppe nicht verfügbar

Stand: 30.04.2026

Verkaufsoffene INTER-Tarife mit Beitragsgarantie bis zum 31.12.2027

Garantiert
beitragsstabil
bis 31.12.2027

Privatkunden- und Handwerkertarife

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
IMGS 300			
IMGS 600			
IMGS 1200		✓	✓
QMB 300 U			
QMB 600 U			
QMB 1200 U			
QMB 300 A			—
QME 300 U			
QME 600 U			
QME 1200 U			
QME 300 A			—
QMP 300 U			
QMP 600 U			
QMP 1200 U			
QMP 300 A			—

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
BEA Flex	✓	—	—
KTA*	✓	—	—
KTS*	✓	—	—
TFN*	✓	—	—

Beamtentarife

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
BK U	✓	✓	
BW U	✓	✓	
BE U	✓	✓	
BKZ U			✓
ABK U	✓	✓	
ABW U	✓	✓	

* gilt für alle Karenzzeiten der Krankentagegeldtarife

Legende

✓ Beitragsstabiler Tarif — Tarif in dieser Personengruppe nicht verfügbar

Stand: 30.04.2026

Verkaufsoffene INTER-Tarife mit Beitragsgarantie bis zum 31.12.2027



Zusatztarife

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
AVP	✓	✓	✓
AVSH	✓	✓	✓
APS	✓	✓	✓
SU	✓		
S1	✓	✓	✓
S2	✓	✓	✓
S1R	✓	✓	✓
S2R	✓	✓	✓
Z70	✓	✓	✓
Z80	✓	✓	✓
Z90	✓	✓	✓
Z90Plus	✓	✓	✓
ZPro			

Tarif	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
QC 1			
QC 2			
QC 3			
QC 4			
QC 5	✓		
QCS 2	✓	✓	✓
QCS 3	✓	✓	✓
QCS 4	✓		
QCE			
KHT U	✓	✓	✓
Kur	✓	✓	✓

Legende

✓ Beitragsstabiler Tarif — Tarif in dieser Personengruppe nicht verfügbar

Stand: 30.04.2026

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

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv.

Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Anhang

Stand 01.08.2024

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Abs. 1 und 2

Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 28 Abs. 1 bis 4

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

§ 86

Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 193 Abs. 3

Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht

selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuchs sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 196

Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags

eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 200

Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 203 Abs. 2 und 3

Prämien- und Bedingungsanpassung

- (2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.
- (3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

§ 204 Abs. 1 Nr. 1

Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Abs. 1

Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und

Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,

2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 149

Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150

Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhan-

denen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.
- (3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.
- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Die Prämienerrmäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 152 Abs. 1

Basistarif

- (1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für
 1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe

haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basis-tarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basis-tarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfeszatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 153

Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 155 Abs. 2

Prämienänderung

- (2) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen
 1. der Zeitpunkt und die Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Absatz 4 zu verwenden sind, und
 2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 und 2 darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämien erhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 149 und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

Auszug aus dem Transplantationsgesetz (TPG)

§ 8 Abs. 3

Entnahme von Organen und Geweben

- (3) Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3

Schutzfristen vor und nach der Entbindung

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der

Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

- (3) Die Ausbildungsstelle darf eine Frau im Sinne von § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 bereits in der Schutzfrist nach der Entbindung im Rahmen der schulischen oder hochschulischen Ausbildung tätig werden lassen, wenn die Frau dies ausdrücklich gegenüber ihrer Ausbildungsstelle verlangt. Die Frau kann ihre Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- (4) Der Arbeitgeber darf eine Frau nach dem Tod ihres Kindes bereits nach Ablauf der ersten zwei Wochen nach der Entbindung beschäftigen, wenn
1. die Frau dies ausdrücklich verlangt und
 2. nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht.

Sie kann ihre Erklärung nach Satz 1 Nummer 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

§ 11

Unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen für schwangere Frauen

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die schwangere Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie folgenden Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann:
1. Gefahrstoffen, die nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen, zur Änderung und Aufhebung

der Richtlinien 67/548/EWG und 1999/45/EG und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 (ABl. L 353 vom 31.12.2008, S. 1) zu bewerten sind

- a) als reproduktionstoxisch nach der Kategorie 1A, 1B oder 2 oder nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation,
 - b) als keimzellmutagen nach der Kategorie 1A oder 1B,
 - c) als karzinogen nach der Kategorie 1A oder 1B,
 - d) als spezifisch zielorgantoxisch nach einmaliger Exposition nach der Kategorie 1 oder
 - e) als akut toxisch nach der Kategorie 1, 2 oder 3,
2. Blei und Bleiderivaten, soweit die Gefahr besteht, dass diese Stoffe vom menschlichen Körper aufgenommen werden, oder
3. Gefahrstoffen, die als Stoffe ausgewiesen sind, die auch bei Einhaltung der arbeitsplatzbezogenen Vorgaben möglicherweise zu einer Fruchtschädigung führen können.

Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 oder 2 gilt insbesondere als ausgeschlossen,

1. wenn
 - a) für den jeweiligen Gefahrstoff die arbeitsplatzbezogenen Vorgaben eingehalten werden und es sich um einen Gefahrstoff handelt, der als Stoff ausgewiesen ist, der bei Einhaltung der arbeitsplatzbezogenen Vorgaben hinsichtlich einer Fruchtschädigung als sicher bewertet wird, oder
 - b) der Gefahrstoff nicht in der Lage ist, die Plazentaschranke zu überwinden, oder aus anderen Gründen ausgeschlossen ist, dass eine Fruchtschädigung eintritt, und
2. wenn der Gefahrstoff nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 nicht als reproduktionstoxisch nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation zu bewerten ist.

Die vom Ausschuss für Mutterschutz ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse sind zu beachten.

- (2) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß mit Biostoffen der Risikogruppe 2, 3 oder 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung in Kontakt kommt oder kommen kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die schwangere Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie mit folgenden Biostoffen in Kontakt kommt oder kommen kann:
1. mit Biostoffen, die in die Risikogruppe 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung einzustufen sind, oder
 2. mit Rötelnvirus oder mit Toxoplasma.

Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn der Kontakt mit Biostoffen im Sinne von Satz 1 oder 2 therapeutische Maßnahmen erforderlich macht oder machen kann, die selbst eine unverantwortbare Gefährdung darstellen. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 oder 2 gilt insbesondere als ausgeschlossen, wenn die schwangere Frau über einen ausreichenden Immunschutz verfügt.

- (3) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie physikalischen Einwirkungen in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Als physikalische Einwirkungen im Sinne von Satz 1 sind insbesondere zu berücksichtigen:
1. ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen,
 2. Erschütterungen, Vibrationen und Lärm sowie
 3. Hitze, Kälte und Nässe.
- (4) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie einer belastenden Arbeitsumgebung in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau insbesondere keine Tätigkeiten ausüben lassen
1. in Räumen mit einem Überdruck im Sinne von § 2 der Druckluftverordnung,
 2. in Räumen mit sauerstoffreduzierter Atmosphäre oder
 3. im Bergbau unter Tage.
- (5) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie körperlichen Belastungen oder mechanischen Einwirkungen in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau insbesondere keine Tätigkeiten ausüben lassen, bei denen
1. sie ohne mechanische Hilfsmittel regelmäßig Lasten von mehr als 5 Kilogramm Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 Kilogramm Gewicht von Hand heben, halten, bewegen oder befördern muss,
 2. sie mit mechanischen Hilfsmitteln Lasten von Hand heben, halten, bewegen oder befördern muss und dabei ihre körperliche Beanspruchung der von Arbeiten nach Nummer 1 entspricht,
 3. sie nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft überwiegend bewegungsarm ständig stehen muss und wenn diese Tätigkeit täglich vier Stunden überschreitet,
 4. sie sich häufig erheblich strecken, beugen, dauernd hocken, sich gebückt halten oder sonstige Zwangshaltungen einnehmen muss,

5. sie auf Beförderungsmitteln eingesetzt wird, wenn dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt,
6. Unfälle, insbesondere durch Ausgleiten, Fallen oder Stürzen, oder Tötlichkeiten zu befürchten sind, die für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellen,
7. sie eine Schutzausrüstung tragen muss und das Tragen eine Belastung darstellt oder
8. eine Erhöhung des Drucks im Bauchraum zu befürchten ist, insbesondere bei Tätigkeiten mit besonderer Fußbeanspruchung.

- (6) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau folgende Arbeiten nicht ausüben lassen:
1. Akkordarbeit oder sonstige Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielt werden kann,
 2. Fließarbeit oder
 3. getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo, wenn die Art der Arbeit oder das Arbeitstempo für die schwangere Frau oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt.

§ 12

Unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen für stillende Frauen

- (1) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die stillende Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie folgenden Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann:
1. Gefahrstoffen, die nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 als reproduktionstoxisch nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation zu bewerten sind oder
 2. Blei und Bleiderivaten, soweit die Gefahr besteht, dass diese Stoffe vom menschlichen Körper aufgenommen werden.
- (2) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß mit Biostoffen der Risikogruppe 2, 3 oder 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung in Kontakt kommt oder kommen kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die stillende Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie mit Biostoffen in Kontakt kommt oder kommen kann, die in die Risikogruppe 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung einzustufen

sind. Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn der Kontakt mit Biostoffen im Sinne von Satz 1 oder 2 therapeutische Maßnahmen erforderlich macht oder machen kann, die selbst eine unverantwortbare Gefährdung darstellen. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 oder 2 gilt als ausgeschlossen, wenn die stillende Frau über einen ausreichenden Immunschutz verfügt.

- (3) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie physikalischen Einwirkungen in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Als physikalische Einwirkungen im Sinne von Satz 1 sind insbesondere ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen zu berücksichtigen.
- (4) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie einer belastenden Arbeitsumgebung in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau insbesondere keine Tätigkeiten ausüben lassen
 1. in Räumen mit einem Überdruck im Sinne von § 2 der Druckluftverordnung oder
 2. im Bergbau unter Tage.
- (5) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau folgende Arbeiten nicht ausüben lassen:
 1. Akkordarbeit oder sonstige Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielt werden kann,
 2. Fließarbeit oder
 3. getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo, wenn die Art der Arbeit oder das Arbeitstempo für die stillende Frau oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt.

§ 16

Ärztliches Beschäftigungsverbot

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau nicht beschäftigen, soweit nach einem ärztlichen Zeugnis ihre Gesundheit oder die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.
- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau, die nach einem ärztlichen Zeugnis in den ersten Monaten nach der Entbindung nicht voll leistungsfähig ist, nicht mit Arbeiten beschäftigen, die ihre Leistungsfähigkeit übersteigen.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 Abs. 3

Gewinnbegriff im Allgemeinen

- (3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regel-

mäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbriefte Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.

§ 18 Abs. 1 Nr. 1

- (1) Einkünfte aus selbständiger Arbeit sind
 1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen;

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 39c

Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder

nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

§ 78a Abs.3

Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

- (3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1

Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Optionstarif für gesetzlich oder privat Krankenversicherte sowie Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge Tarif INTER Opti

Stand 01.05.2022

I. Was bietet der Tarif INTER Opti?

Mit Abschluss des Tarifs INTER Opti sichert sich der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung

- einmalig eine oder mehrere Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung und anschließend einmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bzw. eine Beihilfeversicherung sowie eine Pflegepflichtversicherung oder
- einmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bzw. eine Beihilfeversicherung sowie eine Pflegepflichtversicherung abzuschließen.

II. Wer kann sich versichern?

Aufnahmefähig sind Personen, die bei Vertragsabschluss

- ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und
- höchstens 44 Jahre alt sind.

Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei der INTER in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

III. Welche Ansprüche ergeben sich aus dem Tarif INTER Opti?

A. Option auf Abschluss einer oder mehrerer Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung

Der Versicherungsnehmer hat unter den in Nr. 1 und 2 genannten Voraussetzungen einmalig für jede versicherte Person das Optionsrecht auf Abschluss einer oder mehrerer Zusatzversicherungen, die zum Zeitpunkt der Optionsausübung für den Neuzugang geöffnet sind und für die Versicherungsfähigkeit besteht.

Alternativ erstreckt sich das Optionsrecht auf die Erweiterung einer bei der INTER bestehenden Zusatzversicherung.

Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der jeweiligen Tarifbestimmung der Zusatzversicherung.

1. Welche Zusatzversicherungen können abgeschlossen werden?

Folgende Tarife können abgeschlossen werden:

1.1 Krankheitskostenversicherungen, die folgenden Versicherungsschutz enthalten:

- ambulante Heilbehandlung
- stationäre Heilbehandlung
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Versicherungszeiten im Tarif INTER Opti werden nicht auf eine in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer gestaffelte Tarifleistung (z.B. Zahnstaffel) angerechnet. Der Zeitraum einer gestaffelten Tarifleistung beginnt mit der Ausübung des Optionsrechts.

Versicherungszeiten, die in einem Tarif mit gestaffelten Tarifleistungen (z.B. Zahnstaffel) bei der INTER bereits zurückgelegt wurden, werden auf diese angerechnet, sofern ein Tarif mit den entsprechenden Tarifleistungen bis zur Ausübung des Optionsrechts bestanden hat.

1.2 Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit mit einem Tagesatz für:

- Angestellte ab dem 43. Tag bis zu 200 EUR
- Selbständige ab dem 15. Tag bis zu 150 EUR (bei Neugründung, innerhalb der ersten 24 Monate, ab dem 29. Tag bis zu 100 EUR)
- angestellte Mediziner ab dem 43. Tag bis zu 200 EUR
- niedergelassene Human- und Zahnmediziner zum Zeitpunkt der Niederlassung ab dem 15. Tag bis zu 500 EUR
- niedergelassene Mediziner ab dem 15. Tag bis zu 250 EUR
- Praxisvertreter und Honorarärzte ab dem 15. Tag bis zu 100 EUR.

Bereits versicherte Krankentagegelder werden auf die genannten Höchstsätze angerechnet.

1.3 Krankenhaustagegeld mit einem Tagessatz bis zu 50 EUR.

Bereits versicherte Krankenhaustagegelder werden auf den Höchstsatz angerechnet.

2. Zu welchen Zeitpunkten kann das Optionsrecht ausgeübt werden?

2.1 Das Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer oder mehrerer Zusatzversicherungen kann für die versicherte Person zu folgenden Zeitpunkten ausgeübt werden:

- zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn der versicherten Person im Tarif INTER Opti oder
- zum Ablauf von jeweils drei weiteren Versicherungsjahren.

Die Ausübung des Optionsrechts kann frühestens sechs Monate im Voraus zu den oben genannten Zeitpunkten beantragt werden.

2.2 Das Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer oder mehrerer Zusatzversicherungen kann für die versicherte Person während der Vertragslaufzeit bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse ausgeübt werden:

- die versicherte Person heiratet
- die versicherte Person nimmt eine abhängige Beschäftigung auf
- die versicherte Person beginnt oder beendet eine Ausbildung oder ein Studium
- der versicherte Human- oder Zahnmediziner lässt sich nieder (z.B. Praxisgründung)

oder für die versicherte Person endet

- die Versicherungspflicht in der GKV
- der Anspruch auf Heilfürsorge
- der Anspruch auf Familienversicherung
- die Bindefrist in der GKV.

Das Optionsrecht muss unter Vorlage eines Nachweises innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt werden. Die Zusatzversicherung beginnt am Ersten des Folgemonats nachdem die Option ausgeübt wurde.

2.3 Sofern das Optionsrecht nach Nr. 2.1. oder 2.2. nicht wahrgenommen wurde, kann es für die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten zum Ablauf des Kalendermonats beantragt werden, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet. Die Zusatzversicherung beginnt in diesem Fall am Ersten des Folgemonats nach Vollendung des 50. Lebensjahres.

B. Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung bzw. einer Beihilfeversicherung

Der Versicherungsnehmer hat unter den in Nr. 1 und 2 genannten Voraussetzungen einmalig für jede versicherte Person das

Optionsrecht auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung bzw. einer Beihilfeversicherung sowie einer Pflegepflichtversicherung, die zum Zeitpunkt der Optionsausübung für den Neuzugang geöffnet ist und für die Versicherungsfähigkeit besteht.

Zusätzlich kann eine Krankentagegeldversicherung und/ oder eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen werden.

Alternativ erstreckt sich das Optionsrecht auf die Erweiterung einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung bzw. einer Beihilfeversicherung.

Der Versicherungsschutz ergibt sich aus den jeweiligen Tarifbestimmungen der Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung und Pflegepflichtversicherung.

1. Welche Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung kann abgeschlossen werden?

1.1 Es können Krankheitskostenversicherungen abgeschlossen werden, die folgenden Versicherungsschutz enthalten:

- ambulante Heilbehandlung und
- stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen) sowie optional
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Versicherungszeiten im Tarif INTER Opti werden nicht auf eine in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer gestaffelte Tarifleistung (z.B. Zahnstaffel) angerechnet. Der Zeitraum einer gestaffelten Tarifleistung beginnt mit der Ausübung des Optionsrechts.

Versicherungszeiten, die in einem Tarif mit gestaffelten Tarifleistungen (z.B. Zahnstaffel) bei der INTER bereits zurückgelegt wurden, werden auf diese angerechnet, sofern ein Tarif mit den entsprechenden Tarifleistungen bis zur Ausübung des Optionsrechts bestanden hat.

1.2 Zusätzlich können folgende Tarife abgeschlossen werden:

a) Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit mit einem Tagessatz für:

- Angestellte ab dem 43. Tag bis zu 200 EUR
- Selbständige ab dem 15. Tag bis zu 150 EUR (bei Neugründung, innerhalb der ersten 24 Monate, ab dem 29. Tag bis zu 100 EUR)
- angestellte Mediziner ab dem 43. Tag bis zu 200 EUR
- niedergelassene Human- und Zahnmediziner zum Zeitpunkt der Niederlassung ab dem 15. Tag bis zu 800 EUR
- niedergelassene Mediziner ab dem 15. Tag bis zu 250 EUR
- Praxisvertreter und Honorarärzte ab dem 15. Tag bis zu 100 EUR.

Bereits versicherte Krankentagegelder werden auf die genannten Höchstsätze angerechnet.

- b) Krankenhaustagegeld mit einem Tagessatz bis zu 50 EUR.

Bereits versicherte Krankenhaustagegelder werden auf den Höchstsatz angerechnet.

2. Zu welchem Zeitpunkt kann das Optionsrecht ausgeübt werden?

- 2.1 Das Optionsrecht auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung bzw. einer Beihilfeversicherung sowie einer Pflegepflichtversicherung kann für die versicherte Person während der Vertragslaufzeit bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse ausgeübt werden:

- a) Für die versicherte Person endet
- die Versicherungspflicht in der GKV
 - der Anspruch auf Heilfürsorge
 - der Anspruch auf Familienversicherung
 - die Bindefrist in der GKV.

Das Optionsrecht muss unter Vorlage eines Nachweises innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt werden.

Die Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung sowie die Pflegepflichtversicherung beginnen rückwirkend zum Zeitpunkt der Beendigung der Vorversicherung.

- b) Für die freiwillig in der GKV versicherte Person ändert sich
- der allgemeine GKV-Beitragsatz
 - der Zusatzbeitragsatz in der GKV
 - der GKV-Beitrag aufgrund der Festsetzung der Beiträge basierend auf den tatsächlichen Einnahmen.

Das Optionsrecht muss innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung in der GKV ausgeübt werden.

Die Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung sowie die Pflegepflichtversicherung beginnen rückwirkend zum Zeitpunkt der Beendigung der Vorversicherung.

- c) Die freiwillig in der GKV versicherte Person ist genau 36 Monate im Tarif INTER Opti versichert.

Das Optionsrecht kann innerhalb von sechs Monaten zum Ablauf des 36. Monats ausgeübt werden.

Die Krankheitskostenvollversicherung bzw. die Beihilfeversicherung sowie Pflegepflichtversicherung beginnt am Ersten des 37. Monats.

- d) Der versicherte Human- oder Zahnmediziner lässt sich nieder (z.B. Praxisgründung).

Das Optionsrecht muss ab dem Zeitpunkt der Niederlassung (z.B. Praxisgründung) innerhalb von sechs Monaten ausgeübt werden.

Die Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung sowie die Pflegepflichtversicherung beginnen rückwirkend zum Zeitpunkt der Beendigung der Vorversicherung.

- 2.2 Das Optionsrecht auf Erweiterung einer bei der INTER bestehenden Krankheitskostenvollversicherung bzw. einer Beihilfeversicherung kann für die versicherte Person

- a) zum Ende des dritten, fünften und zehnten Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn der betreffenden versicherten Person im Tarif INTER Opti ausgeübt werden.

Die Ausübung des Optionsrechts kann frühestens sechs Monate im Voraus beantragt werden.

Die Erweiterung der Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung erfolgt zum Ersten des Folgemonats, der auf das Ende des dritten, fünften oder zehnten Versicherungsjahres folgt.

- b) bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse ausgeübt werden:

- Der Versicherte wechselt aus dem Angestelltenverhältnis in eine selbständige bzw. freiberufliche Tätigkeit.
- Der Versicherte wechselt aus einer selbständigen bzw. freiberuflichen Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis.
- Der Versicherte wechselt den Arbeitgeber.

Das Optionsrecht muss unter Vorlage eines Nachweises innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden. Die Erweiterung der Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung erfolgt zum Ersten des Folgemonats nachdem die Option ausgeübt wurde.

IV. Gibt es eine Gesundheitsprüfung und Wartezeiten bei Ausübung des Optionsrechts?

1. Es gibt keine erneute Gesundheitsprüfung.
2. Auf allgemeine und besondere Wartezeiten wird verzichtet.

V. Wie gestalten sich Beitrag und besondere Vereinbarungen bei Ausübung des Optionsrechts?

Der Beitrag für die Zusatzversicherung, die Krankheitskostenvollversicherung bzw. die Beihilfeversicherung und Pflegepflichtversicherung richtet sich nach dem erreichten Alter zum Zeitpunkt, ab dem die entsprechende Versicherung beginnt.

Besondere Vereinbarungen wie Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse, die bei Abschluss des Tarifs INTER Opti vereinbart worden sind, bestehen bei Ausübung der Option nach gleicher Risikoeinstufung fort. Die Risikozuschläge richten sich nach dem dann gültigen Beitrag.

VI. Wie ist die Kindernachversicherung geregelt?

1. Neugeborene werden ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten beitragspflichtig mitversichert, wenn:
 - ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens drei Monate im Tarif INTER Opti versichert ist und
 - das Neugeborene spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird.
2. Adoptivkinder werden ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten beitragspflichtig mitversichert, wenn:
 - sie zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind und
 - ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens drei Monate im Tarif INTER Opti versichert ist und
 - das Adoptivkind spätestens zwei Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.

Bei Adoption eines minderjährigen Kindes kann die INTER mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko, die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe des dann gültigen Beitrags der Zusatzversicherung, der Krankheitskostenvollversicherung bzw. der Beihilfeversicherung sowie der Pflegepflichtversicherung bei Ausübung des Optionsrechts verlangen.

VII. Gibt es eine Mindestvertragslaufzeit?

1. Das Versicherungsjahr umfasst zwölf Monate. Es ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Vertragsbeginn).

Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
2. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Versicherungsjahre, beginnend ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Vertragsbeginn. Der Vertrag verlängert sich um jeweils ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Versicherungsjahresende vom Versicherungsnehmer gekündigt wird. Werden nach Vertragsbeginn weitere Personen mitversichert, kann deren Versicherungsverhältnis zu den in Abschnitt IX genannten Terminen und Bestimmungen gekündigt werden.

VIII. Was kostet der Tarif INTER Opti

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person bei Vertragsabschluss des Tarifs INTER Opti und ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Dieser Beitrag bleibt für die versicherte Person über die gesamte Vertragslaufzeit des Tarifs INTER Opti unverändert.

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleich hohen

monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zum Verlust des Tarifs INTER Opti führen.

IX. Wann endet der Tarif INTER Opti?

Die Versicherung im Tarif INTER Opti endet für die versicherte Person, wenn

- für diese das Optionsrecht auf Abschluss oder Erweiterung einer Krankheitskostenvollversicherung bzw. Beihilfeversicherung ausgeübt worden ist,
- diese das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- diese verstirbt,
- diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt länger als 12 Monate in einen Staat außerhalb der EWR-Staaten oder der Schweiz verlegt, sofern nicht im Einzelfall vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine abweichende Vereinbarung getroffen wurde,
- der Versicherungsnehmer verstirbt und die versicherte Person von ihrem Vertragsfortsetzungsrecht (§ 207 Abs. 1 VVG) keinen Gebrauch macht,
- das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person durch eine wirksame Kündigung beendet worden ist.

Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen oder verstirbt der Versicherungsnehmer, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Wirksamwerden der Kündigung beziehungsweise nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

X. Welche sonstigen Bestimmungen sind zu beachten?

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER müssen in Textform erfolgen.
2. Die INTER verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.
3. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Klagen gegen die INTER können in Mannheim oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen aus dem

Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

4. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
5. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie die INTER 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.

XI. Welche außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren gibt es?

1. Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

2. Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

3. Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden. Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19-22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den unten abgedruckten Gesetzestext.

1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – und den zu versichernden Personen bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Beitragszuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Beitragsanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 Jahre) nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

4. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung, der Arglistanfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19-22

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.