Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: INTER Krankenversicherung AG
Deutschland

Produkt: INTER QualiMed Z® Z90

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 Teil I und II (bzw. Teil I, II und III) 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 eine private Krankenzusatzversicherung in Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz
- ✓ Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung

Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle
- ✗ Aufwendungen, für die ein Leistungsausschluss vereinbart ist
- ✗ Aufwendungen, die nicht medizinisch notwendig sind, es sei denn, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist etwas anderes bestimmt
- ✗ Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gibt eine Summenbegrenzung innerhalb der ersten Jahre
- ! Der prozentuelle Erstattungssatz ist abhängig von dem Zeitraum, für den regelmäßige Prophylaxe (z.B. mit Hilfe des GKV-Bonusheftes) nachgewiesen werden kann

Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland und bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt bis zu 1 Monat 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 oder der Leistungspflicht erforderlich ist.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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?

- Der Versicherungsschutz 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 und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt.
- Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Mindestvertragslaufzeit kündigen. Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: INTER Krankenversicherung AG
Deutschland

Produkt: INTER QualiMed Z® Z80

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 Teil I und II (bzw. Teil I, II und III) 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 eine private Krankenzusatzversicherung in Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz
- ✓ Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung

Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle
- ✗ Aufwendungen, für die ein Leistungsausschluss vereinbart ist
- ✗ Aufwendungen, die nicht medizinisch notwendig sind, es sei denn, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist etwas anderes bestimmt
- ✗ Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gibt eine Summenbegrenzung innerhalb der ersten Jahre
- ! Der prozentuelle Erstattungssatz ist abhängig von dem Zeitraum, für den regelmäßige Prophylaxe (z.B. mit Hilfe des GKV-Bonusheftes) nachgewiesen werden kann

Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland und bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt bis zu 1 Monat 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 oder der Leistungspflicht erforderlich ist.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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?

- Der Versicherungsschutz 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 und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt.
- Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Mindestvertragslaufzeit kündigen. Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Private Krankenversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: INTER Krankenversicherung AG
Deutschland

Produkt: INTER QualiMed Z® ZPro

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 Teil I und II (bzw. Teil I, II und III) 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 eine private Krankenzusatzversicherung in Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlung
- ✓ Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung und Prophylaxe
- ✓ Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle
- ✗ Aufwendungen, die nicht medizinisch notwendig sind, es sei denn, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist etwas anderes bestimmt
- ✗ Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gibt eine Summenbegrenzung innerhalb der ersten Jahre

Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland und bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt bis zu 1 Monat im außereuropäischen Ausland besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht erforderlich ist.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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?

- Der Versicherungsschutz 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 und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt.
- Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Mindestvertragslaufzeit kündigen. Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

INTER Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z®
Zahn

Tarif Z90

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

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

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten und Kieferorthopädie im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Einlagefüllungen (Inlays) 20% und bei sonstigem Zahnersatz 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen.

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der GOZ berechneten Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **95%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Ka-

lenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

2. Implantate

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, sofern die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Die Aufwendungen für implantologische Leistungen umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im Zusammenhang stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats.

3. Inlays

Zu 90% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 80% erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen bei den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5 anfallen, bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 EUR je Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Hierzu gehören unter anderem die zusätzlichen Aufwendungen für Materialkosten (Brackets, Bänder, Bögen) und die Versiegelung der Zähne.

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen, für die die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Einstufung in KIG 2) keinen Leistungsanspruch anerkannt hat.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat. Bei späterem Behandlungsbeginn reduziert sich der Erstattungssatz auf **50%**.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen aus diesem Tarif werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

7. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

8. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z90 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

INTER Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z®
Zahn

Tarif Z80

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

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

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten und Kieferorthopädie im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Einlagefüllungen (Inlays) 20% und bei sonstigem Zahnersatz 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen.

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der GOZ berechneten Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **95%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Ka-

lenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **65%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

2. Implantate

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, sofern die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **65%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Die Aufwendungen für implantologischen Leistungen umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse und Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im Zusammenhang stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen sowie das Freilegen des Implantats.

3. Inlays

Zu 80% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 60% erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5 anfallen, bis zu einem Erstattungsbetrag von 350 EUR je Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Hierzu gehören unter anderem die zusätzlichen Aufwendungen für Materialkosten (Brackets, Bänder, Bögen) und die Versiegelung der Zähne.

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 60% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen, für die die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Einstufung in KIG 2) keinen Leistungsanspruch anerkannt hat.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

8. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center

(telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z80 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

INTER Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z®
Zahn

Tarif ZPro

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen,

- die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben und
- für die eine Versicherung nach einem der Tarife Z70, Z80, Z90, GZE 1 oder GZE 2 besteht.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe, Zahnbehandlung und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten, geplant oder begonnen wurden, ausgenommen professionelle Zahnreinigung (Nr. 1) und Maßnahmen zur Prophylaxe (Nr. 2).

1. Professionelle Zahnreinigung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung einmal im Kalenderjahr.

2. Prophylaxe

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende prophylaktische bzw. konservierende Leistungen:

- Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur Vorbeugung,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- lokale Fluoridierung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren und
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.

3. Zahnbehandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende konservierende, chirurgische und parodontologische Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten, soweit sie der Zahnarzt nicht im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung bzw. der Heilfürsorge erbringen kann:

- plastische Füllungen,
- Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (GOZ-Ziffern 4000-4150) und
- Eingliedern von Aufbissbehelfen und Schienen

(GOZ-Ziffern 7000-7060). Hierzu gehören auch die damit in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Aufbissbehelfe und Schienen, wenn diese im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind.

4. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung außerhalb der Leistungspflicht der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers bis zu einem Erstattungsbetrag von 250 EUR pro Kalenderjahr.

Hierzu zählen Aufwendungen für

- Analgosedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur und
- Hypnose.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

C. Beitrag

Im Tarif ZPro wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

INTER Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil I

Rahmenbedingungen 2012 für die Krankheitskostenzusatzversicherung

Stand: 01.09.2016

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie erbringt im Versicherungsfall die tarifliche Leistung.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Er beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfälle gelten auch

a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,

b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den gesetzlichen Vorschriften, dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie sonstigen Vereinbarungen.

Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Zieltarif erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die INTER bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8 Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 5 und 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die höheren oder umfassenderen Leistungen einen Leistungsausschluss wählt.

(5) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen um Rettung von Menschen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten.

Als Unfall gelten auch

- tauchertypische Erkrankungen,
- durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
- durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Infektionen gelten nur dann als Unfallfolgen, wenn die Krankheitserreger

- durch eine nicht nur geringfügige Unfallverletzung oder
- aufgrund einer unfallbedingten Heilmaßnahme oder eines unfallbedingten Eingriffs

in den Körper gelangten.

Nicht als Unfallfolge gelten

- Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, dass diese durch eine unfallbedingte strahlendiagnostische oder -therapeutische Maßnahme verursacht wurden,
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, dass diese durch einen Unfall veranlasst waren sowie
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

§ 2

Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland und den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Vertragsstaaten). Er kann durch Vereinbarung auf andere Länder ausgedehnt werden.

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf dieses Monats zurückreisen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

(2) Ausland sind alle Gebiete außerhalb Deutschlands.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen EWR-Vertragsstaat, ist die INTER höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.

(4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten, erlischt deren Versicherungsschutz, sofern nicht eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

(5) Als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gilt der Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts im Ausland. Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

Ein Beitragszuschlag nach Absatz 3 ist ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zu zahlen.

(6) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umgestellt wird. Erfolgt dies innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts, wirkt die Vertragsumstellung ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, wirkt die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung zum Ersten des Folgemonats.

(7) Für die Schweiz gilt die Regelung bzgl. der EWR-Vertragsstaaten analog.

§ 3

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Wartezeiten

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz 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 und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt.

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

(2) Besteht bei der INTER am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist die INTER verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur

Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(3) Bei Adoption eines minderjährigen Kindes ist mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Ansonsten gilt für eine solche Adoption Absatz 2 entsprechend.

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

Wartezeiten

(5) Bei Abschluss einer Krankheitskostenversicherung wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einer versicherten Person folgende Wartezeitregelungen:

a) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

b) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

c) Die Wartezeiten rechnen von dem Zeitpunkt an, zu dem die Vertragsänderung wirksam wird.

d) Die Wartezeiten entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif (Teil II AVB). Die Absätze 3 bis 9 gelten insoweit, als die jeweiligen Leistungen Bestandteil der tariflichen Leistungszusage sind.

(2) Leistungsjahr

Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, ist das Behandlungsdatum bzw. das Kaufdatum der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

(3) Leistungserbringer

Folgende Leistungserbringer können in Anspruch genommen werden:

- niedergelassene approbierte Ärzte und Zahnärzte,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte in Krankenhausambulanzen,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
- approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen).

Bei Heilbehandlung im Ausland können die im jeweiligen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(4) Abrechnungsgrundlagen für Gebühren und Entgelte

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind.

Psychotherapeutische Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, soweit sie nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenleistungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen berechnet sind.

Die Kosten für Heilmittel sind bis zu den nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt.

(5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 3 genannten und zur Verordnung berechtigten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Der Bezug ist auch aus einer Internet- oder Versandapotheke möglich, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

(6) Freie Krankenhauswahl

Die versicherte Person hat bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung freie Wahl unter den

öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sowie Bundeswehrkrankenhäusern.

Hinsichtlich der Erstattung von allgemeinen Krankenhausleistungen kann der Tarif (Teil II AVB) Einschränkungen der freien Krankenhauswahl vorsehen.

(7) Anschlussrehabilitation

Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.

(8) Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalt), im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn die INTER diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn

- zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht oder
- eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolgversprechende Behandlung angesehen werden muss oder
- eine medizinisch notwendige Anschlussrehabilitation durchgeführt wird.

(9) Alternativmedizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die INTER leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; die INTER kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Sieht der Tarif eine Leistung für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern oder ärztlichen Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis vor, gelten Satz 1 und 2 insoweit nicht.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht sind. Gleiches gilt für Gebiete, für die bei Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes bestand.

Diese Leistungseinschränkung entfällt, wenn

- bei der Einreise noch keine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet bestand und
- die versicherte Person sich an dem Tag, an welchem eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, in dem betroffenen Gebiet befand und bis zum Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen dieses Gebiets gehindert war.

b) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

c) für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeigeführt hat.

d) für Entziehungsmaßnahmen,

e) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie weitere Leistungserbringer und in Krankenanstalten, deren Rechnungen die INTER aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen mit Ausnahme einer Anschlussrehabilitation nach § 4 Abs. 7, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

g) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

i) für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die INTER ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Entgelte für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die INTER berechtigt, die Leistung auf den angemessenen Betrag zu reduzieren.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Kostenträgers (z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung), ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, für welche über die gesetzlichen Leistungen hinaus ein Tarifanspruch besteht.

(4) Selbstbehalte in Wahltarifen der GKV nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden nicht ersetzt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der INTER.

Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Krankheitsbezeichnung und
- Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung.

Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit dem Ausstellungsdatum, dem Namen der behandelten Person und dem Bezugsdatum versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.

(2) Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.

Erbringt die GKV nur deswegen Leistungen nicht, weil ein Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart wurde, muss dies auf den jeweiligen Kostenbelegen angegeben sein.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).

(4) Die Versicherungsleistung kann nur der Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, er hat die versicherte Person gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Leistung benannt. In diesen Fällen ist die INTER verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs laut "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb Deutschlands und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.

(8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform von der INTER Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat die INTER eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.

Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei der INTER.

Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch die INTER vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7

Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres (siehe § 12 Abs. 1) zu entrichten, kann aber auch in monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt. Der Beitrag oder die monatliche Beitragsrate ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Beiträge sind an die von der INTER zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

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

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8

Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im Einklang mit den Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der INTER festgelegt.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

Wird im vereinbarten Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet, ist nach Vollendung des 21. Lebensjahres von Beginn des jeweils folgenden Kalenderjahres an der Beitrag für das nächsthöhere Eintrittsalter zu zahlen.

Sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat, erhält der Versicherungsnehmer als Mitteilung jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Wird im vereinbarten Tarif eine Alterungsrückstellung gebildet, ist eine Erhöhung des Beitrags wegen des steigenden Alters der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses insoweit ausgeschlossen.

Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

(2) Bei einer Änderung des Beitrags (z.B. wegen Änderung des Versicherungsschutzes oder einer Beitragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 7) hängt der neue Beitrag von dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Alter der versicherten Person ab.

Besteht eine Alterungsrückstellung, wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt, indem die Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

(3) Bei Beitragsänderungen werden bestehende Risikozuschläge entsprechend angepasst, soweit keine hiervon abweichende Regelung vereinbart wurde.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, soweit die Leistungen höher oder umfassender sind, ein erhöhtes Risiko vor, kann die INTER dafür einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken. Anstelle des Risikozuschlags kann der Versicherungsnehmer den Ausschluss der höheren oder umfassenderen Leistungen verlangen.

Beitragsanpassung

(5) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der INTER z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die INTER jährlich für jeden Tarif

a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und,

soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(6) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die INTER und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.

(7) Anpassungen nach Absatz 5 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9

Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 4) haben auf Verlangen der INTER jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfanges erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen der INTER ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die INTER von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die INTER kann ein Versicherungsverhältnis nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(3) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt wird.

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

§ 11

Aufrechnung

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen, gegen andere Forderungen der INTER nur insoweit, als die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12

Versicherungsjahr / Vertragsdauer

(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 Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre, sofern der Tarif (Teil II AVB) nichts anderes vorsieht. Danach verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe §§ 13 und 14).

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer nach § 12 Abs. 2.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Vereinbarung im Versicherungsvertrag, nach der bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Alter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen.

(4) Erhöht die INTER die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Erklärt die INTER die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung wird bei Anfechtung oder Rücktritt zum Ende des Monats wirksam, in dem ihm die Erklärung der INTER zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird. Ein Kündigungsrecht besteht auch, wenn die INTER aufgrund einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht rückwirkend einen Leistungsausschluss verlangt oder einen Risikozuschlag erhebt, durch den der Beitrag um mehr als 10 % steigt. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung der INTER ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, können die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Wirksamwerden der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen der INTER nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.

(8) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Der Antrag auf diese Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung gestellt werden.

§ 14

Kündigung durch die INTER

(1) Das ordentliche Kündigungsrecht der INTER ist ausgeschlossen.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist die INTER zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück.

Solange eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht, ist eine Kündigung durch die INTER ausgeschlossen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

(1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Ansprüche gegen Dritte

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit die INTER den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) 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.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, der INTER ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 schriftlich abzutreten.

§ 17

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER müssen in Schriftform erfolgen, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 18

Gerichtsstand

(1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER 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.

(2) Für Klagen 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.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

§ 19

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie 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.

(3) Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können bei einer Beitragsanpassung nach § 8 Abs. 5 bis 7 und unter den Voraussetzungen von Absatz 1 die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge, Ersatz-Krankenhaustagegelder sowie sonstigen betragsmäßig festgelegten Leistungen der INTER mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

INTER Krankenversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Informationen gem. § 1 VVG-InfoV

Stand 09/2014

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: Matthias Kreibich (Sprecher), Michael Schillinger, Roberto Svenda, Holger Tietz
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas
Sitz: Mannheim; Handelsregister-Nr. HRB 723887 beim Amtsgericht Mannheim
Die INTER Krankenversicherung AG ist ein Unternehmen in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

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 beigefügt. Darin sind auch Auszüge aus den relevanten Gesetzestexten enthalten.

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

Gesamtpreis

Den von Ihnen zu zahlenden Versicherungsbeitrag entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

Zum angegebenen Beitrag kommen ggf. gesondert mit Ihnen zu vereinbarende Risikozuschläge hinzu, 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 Ihre Krankenversicherung einschließlich der Angaben zum Beitrag bezieht sich auf den Zeitpunkt, zu dem das Produktinformationsblatt 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 schriftlich erklären.

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

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), 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

Widerrufsrecht

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

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
INTER Krankenversicherung AG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Fax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, die E-Mail-Adresse für einen Widerruf ist: Widerruf@inter.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Der Beitragsbetrag, der auf den Zeitraum vor und nach Zugang Ihres Widerrufs aufzuteilen ist, errechnet sich aus dem im Versicherungsschein genannten Beitrag, dem dort angegebenen Beitragszahlungszeitraum und der Dauer des Versicherungsschutzes bis zum Widerruf. Die genaue Höhe des einzubehaltenden Betrags hängt also davon ab, zu welchem Zeitpunkt nach Versicherungsbeginn uns Ihr Widerruf zugeht und kann erst zu diesem Zeitpunkt beziffert werden. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

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 dem Produktinformationsblatt und 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 dem Produktinformationsblatt und 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 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.

INTER Krankenversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Informationen gem. § 3 VVG-InfoV

Stand 01.12.2012

Folgende Informationen sind für Sie relevant, wenn Sie bei uns eine substitutive Krankenversicherung (d. h. eine Vollversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen kann) abschließen oder abgeschlossen haben.

Kosten

Detaillierte Angaben zu den Abschluss-, Verwaltungs- und sonstigen Kosten finden Sie im Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV).

Beitragsentwicklung

Detaillierte Angaben zu der Beitragsentwicklung der letzten 10 Jahre finden Sie im Anschluss an das Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV).

Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung

In der privaten Krankenversicherung ist im Gegensatz zur GKV der Leistungsumfang vertraglich festgelegt. Innerhalb dieses festen Rahmens führen medizinischer Fortschritt, steigende Lebenserwartung und Inflation zu einer Zunahme der Versicherungsleistungen. Der zur Finanzierung der Mehrleistungen benötigte Mehrbeitrag richtet sich dabei nicht nach Ihrem ursprünglichen Eintrittsalter, sondern nach dem Alter, das Sie beim Auftreten dieser bisher nicht berücksichtigten Umstände erreicht haben. Eine Beitragserhöhung nur aufgrund des gestiegenen Lebensalters ist hingegen ausgeschlossen.

Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Schon allein die Beitragskalkulation nach dem Kapitaldeckungsverfahren beinhaltet mit dem Aufbau einer Alterungsrückstellung ein wertvolles Vorsorgeelement.

Darüber hinaus haben wir zur Stabilisierung der Beiträge im Alter folgende Maßnahmen ergriffen:

- In der Krankheitskostenvollversicherung erheben wir entsprechend den gesetzlichen Vorschriften bei den 21- bis 60-Jährigen einen zehnprozentigen Beitragszuschlag und führen ihn der Alterungsrückstellung zu. Er dient dazu, Beitragserhöhungen, die sich aufgrund von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ergeben können, nach dem 65. Lebensjahr ganz oder teilweise zu finanzieren. Nach dem 80. Lebensjahr sind sogar Beitragssenkungen denkbar.
- Aus Zinserträgen stellen wir zusätzliche Beträge zurück, die wir zur Beitragsermäßigung bzw. zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen ab dem 55. Lebensjahr verwenden.
- Daneben bilden wir aus Überschüssen des Unternehmens eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Aus dieser entnehmen wir anlässlich von Beitragsanpassungen seit vielen Jahren umfangreiche Mittel, mit denen Beitragserhöhungen dauerhaft gemildert werden.

Wenn Sie zusätzlich individuell etwas tun möchten, um Ihre Krankenversicherungsbeiträge im Alter zu reduzieren, kommen bei uns unterschiedliche Entlastungsmöglichkeiten in Frage, z. B. Abschluss von speziellen Beitragsentlastungskomponenten, Umstufung in Tarife mit höherer Selbstbeteiligung bzw. in andere Tarifsysteme oder Verzicht auf Leistungen, die Ihnen weniger wichtig sind. Setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wir machen Ihnen gerne ein auf Ihren persönlichen Bedarf zugeschnittenes Angebot.

Daneben können alle Versicherten, deren Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 abgeschlossen wurde, in den brancheneinheitlichen Basistarif wechseln. Bei einer mit der GKV vergleichbaren Leistungszusage ist sein Beitrag auf den Höchstbeitrag in der GKV begrenzt. Sind die Kriterien für den Bezug von Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende (z.B. Arbeitslosengeld II) oder von Sozialhilfe erfüllt, vermindert sich der Beitrag um die Hälfte. Beihilfeberechtigten steht bei sonst grundsätzlich gleichen Voraussetzungen ein beihilfekonformer Basistarif mit entsprechend reduzierten Höchstbeiträgen zur Verfügung.

Wechselmöglichkeiten zur GKV oder zu anderen PKV-Unternehmen für ältere Versicherte

Der Wechsel zur GKV ist nach Vollendung des 55. Lebensjahres in der Regel ausgeschlossen. Der Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann, besonders in fortgeschrittenem Alter, mit höheren Beiträgen verbunden sein oder sich aufgrund von Vorerkrankungen auf einen Wechsel in den Basistarif mit Leistungen entsprechend denen der GKV beschränken.

INTER Krankenversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Stand 1.1.2017

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.[1] Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – 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.[2] 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] In vor dem 21.12.2012 eingeführten Tarifen kann sich die Beitragshöhe auch nach dem Geschlecht der versicherten Person richten.
[2] Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

INTER Versicherungsverein aG – INTER Krankenversicherung AG
INTER Lebensversicherung AG – INTER Allgemeine Versicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand 25.5.2018

- 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.

Verantwortliche 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

Unseren **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

https://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 berechtigte 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

https://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 10 29 32
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 Versicherungsfalls 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:

https://finance.arvato.com/icdinfoblatt

Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen

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. Die Prämie 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 Prämienzuschlag) 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 Prämienanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie 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 die Prämie 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 die Prämie 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 Rücktrittes 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.

U99970220110000

Erkl. Anzeigepflicht allgemein/HUS