

Versicherungsbedingungen und -informationen für Ergänzungsversicherungen zur GKV – KinderGesundheitsPaket

**Nummer für die Empfangsbestätigung im Antrag:
DRK 3108 07.11**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
▶ Allgemeine Versicherungsbedingungen und dazugehörige Tarife (soweit diese beantragt werden)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife	DRK 1704 07.11 4
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif med 100	DRK 1910 01.09 12
– Katalog der Gesundheitsvorsorgeleistungen für den Tarif med 100	DRK 1983 07.10 15
– Beschreibung Tarif dent 50	DRK 1922 01.05 16
– Beschreibung Tarif clinic +	DRK 1914 07.11 17
▶ Weitere Informationen zur Krankenversicherung	
Allgemeine Informationen zu Ihrer Krankenversicherung	DRK 3139 01.11 19
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen	DRK 1705 07.10 20
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	DRK 1701 01.09 24
Merkblatt zur Datenverarbeitung	DRK 3159 07.11 25
Satzung Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	DRK 1700 08.10 28

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

(Stand 1.7.2011)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) - §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 36 des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. - im Folgenden: Deutscher Ring -

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Nr. 1

Zugunsten des Versicherungsnehmers gilt als Versicherungsfall auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung.

Wird die Vorsorgeuntersuchung in Einrichtungen der in Tarifbedingung Nr. 11 bezeichneten Art durchgeführt, leistet der Deutsche Ring nach Maßgabe dieser Bestimmung.

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

3 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Nr. 2

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland.

Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50 % erhoben.

Dauert ein Auslandsaufenthalt des Versicherungsnehmers länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Absatz 5 und 15 Absatz 3 MB/KK 2009).

5

Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Nr. 3

Der Deutsche Ring begrenzt seine Leistungen bei den in § 1 Absatz 5 MB/KK 2009 aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

6

Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbe-

sondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 4

Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Behandlungen geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen.

Nr. 5

Bei einem Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des neuen Tarifs oder der neuen Tarifstufe mit den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Soweit sich bei Änderungen des Versicherungsschutzes Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KK 2009) entsprechend.

2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Nr. 6

Werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

**§ 3
Wartezeiten**

1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3 Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

Nr. 7

Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei unfallbedingten Kosten. Für den Ehegatten einer mindestens seit 8 Monaten versicherten Person verzichtet der Deutsche Ring auch auf die besonderen Wartezeiten unter der gleichen Voraussetzung, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

4 Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

Nr. 8

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutschen Ring zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutschen Ring innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

5 Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Nr. 9

Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

**§ 4
Umfang der Leistungspflicht**

1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

2 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Nr. 10

Soweit ein Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, dürfen für medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlungen wegen Krankheit auch sogenannte nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes in Anspruch genommen werden. Die Therapeuten müssen die Voraussetzungen zur selbstständigen Ausübung gemäß Artikel 1 des Psychotherapeutengesetzes erfüllen. Dem Versicherer ist die entsprechende Zulassung des Therapeuten vorzulegen.

Nr. 11

Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Deutsche Ring, wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat. Darüber hinaus werden die Kosten für ärztliche Untersuchungen in Krankenhausambulanzen im tariflichen Umfang erstattet, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht.

3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Nr. 12

Rezepte sind mit der dazugehörigen Behandlungsrechnung oder mit der vom Arzt auf dem Rezept vermerkten Diagnose erstattungsfähig.

Nr. 13

Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, kosmetische und hygienische Mittel gelten nicht als Arzneimittel. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.

Nr. 14

Sanitäre Bedarfsartikel und Heilapparate (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte) sind nicht erstattungsfähig.

4 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nr. 15

Eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung liegt dann vor, wenn die Behandlung einer Krankheit nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann und der stationäre Aufenthalt nicht anderen Gründen als der Heilbehandlung dient. Dies gilt auch dann, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 16

Über § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 hinaus wird bei Krankenhauskostenversicherungen und bei Krankheitskostenversicherungen mit Kostenersatz für stationäre Krankenhausbehandlung in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben. Tarifbedingung Nr. 15 Absatz 1 gilt sinngemäß.

Nr. 17

Abweichend von § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 kann sich der Deutsche Ring auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten;
- b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden;
- c) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
- d) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
- e) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

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

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

1 Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 18

Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Deutsche Ring für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhausstagegeld.

Nr. 19

Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Nr. 20

Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a MB/KK 2009.

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde 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;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 21

Zugunsten des Versicherungsnehmers leistet der Deutsche Ring bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang. Damit entfällt die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e MB/KK 2009.

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

3 Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 22

Als Nachweis im Sinne des § 6 Absatz 1 MB/KK 2009 werden insbesondere die Urschriften der Rechnungen, Bescheinigungen und Urkunden gefordert. Sie müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, Behandlungsdauer, Tag und Art der einzelnen Verrichtungen enthalten. Hat der Versicherungsnehmer die Urschriften bereits einem anderen Kostenträger eingereicht, so genügt als Nachweis eine Zweitschrift, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistung vermerkt hat.

Bei Verletzung dieser Bestimmungen gelten die in § 10 Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Rechtsfolgen entsprechend.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2 Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Nr. 25

Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus dem Tarif bzw. der Tarifstufe, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr

Nr. 23

Der Deutsche Ring erbringt seine Leistungen auch auf nicht bezahlte Rechnungen.

2 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

3 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4 Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

5 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Nr. 24

Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt insoweit das Abtretungsverbot gemäß § 6 Absatz 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

3 Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

4 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

5 Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

6 Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

7 Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

8 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a **Beitragsberechnung**

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

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

3 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b **Beitragsanpassung**

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 26 *Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.*

2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

Nr. 27

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutsche Ring, ob gleichzeitig in Krankheitskosten- und Krankenhauskostentarifen betragsmäßig festgelegte Tarifleistungen anzupassen sind.

**§ 9
Obliegenheiten**

1 Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Nr. 28

Der Deutsche Ring verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung.

2 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

5 Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

6 Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

**§ 10
Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2 Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

Ende der Versicherung

**§ 13
Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

**§ 11
Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

**§ 12
Aufrechnung**

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

Nr. 29

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ist im Tarif nichts anderes vereinbart und beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, soweit der Tarif nichts anderes bestimmt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis frühestens zum Ablauf einer Mindestvertragsdauer von 24 Monaten mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Nr. 30

Der Deutsche Ring verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.

4 Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

6 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

7 Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

8 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Nr. 31

Abweichend von § 13 Absatz 8 MB/KK 2009 muss die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Deutschen Ring innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung mitgeteilt werden; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

9 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.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

1 In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

2 Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Nr. 32

Der Deutsche Ring verzichtet auf sein Kündigungsrecht nach § 14 Absatz 2 MB/KK 2009.

3 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

Nr. 33

Der Deutsche Ring kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Deutsche Ring kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

5 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des

künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

Nr. 36

Als Schriftform im Sinne des § 16 MB/KK 2009 gilt auch die Textform (d. h. z. B. per Brief, Telefax oder E-Mail).

§ 17

Gerichtsstand

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

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

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

§ 18

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 der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn

Nr. 34

Der Deutsche Ring verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird.

Nr. 35

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

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.

§ 19

Wechsel in den Standardtarif

1 Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

2 Abs. 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20

Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Tarif *med 100*

Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand 1.1.2009)

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung bei der GKV, erlischt das Versicherungsverhältnis nach Tarif *med 100* zum gleichen Zeitpunkt. Der Wegfall der Versicherung bei der GKV ist dem Deutschen Ring unverzüglich anzuzeigen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II)

1 Leistungen des Deutschen Rings

Der Deutsche Ring ersetzt die erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt 3 **je Person und Versicherungsjahr** für

1.1 Zuzahlungen	Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen bei ambulanten Heilbehandlungen, stationären Krankenhausbehandlungen sowie stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen der GKV	zu 100 %
1.2 Sehhilfen	Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Gesamtbetrag von 220,- EUR für die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten	zu 100 %
1.3 Naturheilkunde	Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte im 1. Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 120,- EUR, im 2. Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 240,- EUR, ab dem 3. Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.200,- EUR	zu 80 %
1.4 Vorsorge	a) Vorsorgeaufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 240,- EUR	zu 80 %
	b) Aufwendungen für Schutzimpfungen vor Auslandsreisen bis zu einem Rechnungsbetrag von 120,- EUR	zu 100 %
1.5 Auslandsreisen	Behandlungen auf Auslandsreisen bei jeder Auslandsreise bis zu 42 Tagen Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. Bei Behandlung auf Auslandsreisen entfallen die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009.	zu 100 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.

Bei einem Wechsel in den Tarif *med 100* gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorstehende Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

3.1 Zuzahlungen

Erstattungsfähig **gemäß 1.1** sind die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen bei ambulanten Heilbehandlungen (außer für Sehhilfen), stationären Krankenhausbehandlungen sowie stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen der GKV.

Bei ambulanten Kuren ist nur die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung für Heilmittel erstattungsfähig.

Hat der Versicherte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein anderes Vertragskrankenhaus der GKV gewählt als in der ärztlichen Einweisung genannt, sind auch die anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen erstattungsfähig.

Erfolgt keine Leistung der GKV, entfällt eine Erstattung aus Tarif *med 100*.

Nicht mitversichert sind:

Gesetzliche Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühren), für Kurbehandlungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (BfA, LVA, Berufsgenossenschaft) sowie Träger der gesetzlichen Wohlfahrtspflege (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas Verband, Müttergenesungswerk), für zahnärztliche Behandlungen und für die Pflegepflichtversicherung sowie die Bereitstellungskosten des Telefons und Kosten für Telefongespräche.

3.2 Sehhilfen

Erstattungsfähig **gemäß 1.2** sind die entstandenen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

Wird keine GKV-Leistung nachgewiesen, erstattet der Deutsche Ring bis zu 220,- EUR, wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug bzw. dem Versicherungsbeginn nach Tarif *med 100* mindestens drei Jahre vergangen sind.

3.3 Naturheilkunde

Erstattungsfähig **gemäß 1.3** sind die im Rahmen einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Heilbehandlung entstandenen Aufwendungen für die angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel. Die Behandlungen und die Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen im Hufeland-Leistungsverzeichnis¹ der Besonderen Therapierichtungen bzw. im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sein.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden jedoch nur erstattet, soweit sie die Regelhöchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht überschreiten. Leistungen des Heilpraktikers, die in der GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen der GebüH erstattet.

§ 4 Abs. 6 MB/KK 2009 findet für diesen Leistungsbereich keine Anwendung.

¹ Das Hufelandverzeichnis ist im Buchhandel erhältlich.

² Eine detaillierte Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen, deren Kosten erstattet werden, kann beim Versicherer abgefragt werden.

3.4 Vorsorge

Erstattungsfähig **gemäß 1.4a)** sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, soweit sie im Katalog der Gesundheits-Vorsorgeleistungen² des Versicherers aufgeführt sind und im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen GOÄ berechnet sind. Der Versicherer kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders gemäß § 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I diesen Katalog ändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für Vorsorgeaufwendungen sicherzustellen.

Erstattungsfähig **gemäß 1.4b)** sind die anlässlich einer Auslandsreise entstandenen Kosten für Schutzimpfungen inklusive der Impfstoffe.

3.5 Auslandsreisen

Erstattungsfähig **gemäß 1.5** sind bei einer akut eintretenden Krankheit oder Unfallfolge bzw. bei einer unvorhersehbaren, akuten Verschlechterung eines bestehenden Leidens

a) die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante ärztliche und schmerzstillende zahnärztliche Behandlung einschließlich einfacher Füllungen, Arznei-, Heil- und Verbandmittel, Röntgendiagnostik, Unterkunft und Behandlung im Krankenhaus einschließlich Operationen und medizinisch notwendigen Transportes zur stationären Behandlung. Beteiligt sich die GKV an den entstandenen Aufwendungen, so werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen voll übernommen.

b) die Mehrkosten durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus in voller Höhe. Ambulanzflüge durch Vermittlung von Vertragspartnern des Deutschen Rings werden in voller Höhe erstattet, ansonsten bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wären.

c) die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz: bis zu 10.000,- EUR.

Erstattungsfähig sind alle notwendigen Aufwendungen, die mit der Bestattung am Sterbeort oder mit der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz im unmittelbaren Zusammenhang stehen. Den Rechnungsbelegen ist eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache beizufügen.

Nicht geleistet wird für

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Als Ausland gelten alle Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Rechnungen für Sehhilfen und Zuzahlungen sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Die Höhe der geleisteten Zuzahlung muss pro verordnetem Artikel auf (der Kopie) der ärztlichen Verordnung vermerkt sein.

Rechnungen sind einmal pro Jahr gesammelt einzureichen oder wenn jeweils ein Gesamtmindestbetrag von 100,- EUR erreicht ist.

Bei Aufwendungen, für die die GKV grundsätzlich leistet, muss die Rechnungszweitschrift mit dem Vermerk der GKV über die Höhe ihrer Erstattung versehen sein bzw. ein entsprechender Nachweis erbracht werden.

6 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutsche Ring, ob gleichzeitig die in den Abschnitten 1 und 3 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Katalog der Gesundheitsvorsorgeleistungen für den Tarif *med 100*

(Stand: 1.7.2010)

Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit der nachfolgenden ärztlichen Leistungen ist, dass diese nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind.

Die Zahlen in den Klammern sind die vom Arzt abrechenbaren Ausführungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), nach denen Leistung und Abrechnung spezifiziert sind.

Vorsorgeleistungen für männliche Personen:

- Ergänzende Krebsvorsorge
 - Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms durch nasschemische Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) – (250, 3908)
 - Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs einschließlich Dermatoskopie – (7, 750)
- HIV-Test – (250, 4322, 4323)

Ab Alter 40

- Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitals, und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung – (28)
- Augenvorsorgeuntersuchung zur Früherkennung eines Glaukoms (grüner Star) im Abstand von 24 Monaten mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie – (1225 (1226, 1227), 1262, 1257)

Vorsorgeleistungen für weibliche Personen:

- Ergänzende Schwangerschaftsvorsorge je Schwangerschaft
 - eine Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge zur Kontrolle des Fetus – (415)
 - ein Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fetus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht – (250, 4024, 3743, 4027)
 - eine Antikörperuntersuchung gegen Toxoplasmose – (250, 4461)
- Ergänzende Krebsvorsorge
 - Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcke – (410 (für ein Organ) u. 420 (für jedes weitere Organ), 403 (Zuschlag transkavitär))
 - Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs einschließlich Dermatoskopie – (7, 750)
- HIV-Test – (250, 4322, 4323)

Ab Alter 40

- eine erweiterte Brustkrebsvorsorge durch Ultraschalluntersuchung der Brustdrüsen im Abstand von 24 Monaten – (418)
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung – (5265, 5266, 5267)
- Augenvorsorgeuntersuchung zur Früherkennung eines Glaukoms (grüner Star) im Abstand von 24 Monaten mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie – (1225 (1226, 1227), 1262, 1257)

Ring-Schutz-Tarif *dent 50* Zusatzversicherung für Zahnersatz

(Stand 1.1.2005)

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz durch die GKV haben.

Ein gleichzeitiges Bestehen des Tarifs *dent 50* in Verbindung mit anderen Tarifen, die Zahnersatzleistungen beinhalten, ist nicht gestattet. Endet die Versicherung bei der GKV, erlischt das Versicherungsverhältnis nach Tarif *dent 50* zum gleichen Zeitpunkt. Der Wegfall der Versicherung bei der GKV ist dem Deutschen Ring unverzüglich anzuzeigen und nachzuweisen.

Leistungen des Deutschen Ringes

Tarif	Kostenersatz
<i>dent 50</i>	50 % der erstattungsfähigen Differenzkosten

Erstattungsfähige Differenzkosten

Erstattungsfähig ist die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag der Regelversorgung der GKV bei Zahnersatz und dem Betrag, den ein gesetzlicher Versicherungsträger dafür erstattet hat.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Rechnungskopie mit dem Vermerk der GKV über die Höhe der Erstattung dem Deutschen Ring vorgelegt wird.

Erfolgt keine Leistung der GKV entfällt eine Erstattung aus Tarif *dent 50*.

Nicht erstattungsfähig

sind über die Regelversorgung der GKV hinausgehende Aufwendungen für einen gleichartigen Zahnersatz.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife.

Ring-Schutz-Tarife

Ergänzungsversicherung Krankenhauskosten-Tarif *clinic +*

(Stand 1.7.2011)

Nach diesem Tarif sind Personen versicherungsfähig, die Anspruch auf Leistungen eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Deutschen Ring innerhalb zweier Monate schriftlich anzuzeigen.

Leistungen des Deutschen Rings

Tarif	Kostensersatz
<i>clinic +</i>	100 % der erstattungsfähigen Differenzkosten bei Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

1 Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die nach Vorleistung eines Krankenversicherungsträgers verbleibenden unter Buchstabe a) bis d) genannten Kosten. Die Vorleistung muss dem Grunde und der Höhe nach den Leistungen der deutschen GKV entsprechen.

a) gesondert berechenbarer Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

b) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe

c) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe während der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

d) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen)

Hat der Versicherte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein anderes Vertragskrankenhaus der GKV gewählt als in der ärztlichen Einweisung genannt und hat die GKV ihm deshalb die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt, sind auch diese Mehrkosten erstattungsfähig.

Soweit durch Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der GKV Kosten entstehen (z. B. gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen, Gebühren und Abschläge), sind diese nicht erstattungsfähig.

Werden keine Leistungen eines Krankenversicherungsträgers nachgewiesen oder entsprechen diese Leistungen dem Grunde und der Höhe nach nicht den Leistungen der deutschen GKV, gilt:

Es sind nur die Kosten für solche Leistungen (Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, wahlärztliche Behandlung) erstattungsfähig, die die allgemeinen Krankenhausleistungen (in der Regel 3. oder Allgemeine Pflegeklasse) des dem Wohnort nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

Wichtiger Hinweis für einen Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland:

In bestimmten Fällen leistet die GKV nicht oder nur eingeschränkt. Die dann verbleibenden oder zusätzlichen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

2 Begleitpersonen

Bei Krankenhausaufenthalt eines nach diesem Tarif versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 26,- EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

3 Kurtagegeld

Bei einem Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf Kurtagegeld von 21,- EUR je Tag des Kuraufenthaltes bis zu einer Dauer von 28 Tagen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass eine Kurbehandlung nach Beendigung eines mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes innerhalb von 2 Monaten begonnen wird, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

4 Regelungen für Sonderfälle

Berechnung einer anderen Unterkunft

a) Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen für Erwachsene 31,- EUR, für Kinder und Jugendliche 16,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Keine wahlärztliche Behandlung gemäß Ziffer 1b)

b) Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen für Erwachsene 30,- EUR, für Kinder und Jugendliche 13,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Ziffer 1c)

c) Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:

– Vorstationäre Behandlung:	
Erwachsene	60,- EUR
Kinder und Jugendliche	26,- EUR
– Nachstationäre Behandlung:	
Erwachsene	60,- EUR
Kinder und Jugendliche	26,- EUR

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wird ein Zuschlag für Unterkunft nicht getrennt von den anderen Krankenhausleistungen berechnet, so gilt als Zuschlag die Differenz zwischen dem Pflegesatz für ein Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) oder Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) und dem Pflegesatz für die kostengünstigste Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) des aufgesuchten Krankenhauses.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Krankenversicherung

Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit
(im Folgenden: Deutscher Ring)
Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 35 99-0
Telefax: +49 (0)40 35 99-25 00
E-Mail: Service@DeutscherRing.de
Internet: <http://www.DeutscherRing.de>

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 118618342
Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4673

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe

Der Deutsche Ring wird vertreten durch den Vorstand:
Reinhold Schulte (Vorsitzender),
Dr. Karl-Josef Bierth, Jens O. Geldmacher,
Marlies Hirschberg-Tafel, Michael Johnigk,
Ulrich Leitermann, Michael Petmecky,
Dr. Klaus Sticker, Prof. Dr. Markus Warg

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Günter Kutz

Sicherungsfonds

Aufgaben und Befugnisse des Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung wurden übertragen an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Mahngebühren

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir bei der ersten Mahnung eine Gebühr in Höhe von 2,50 EUR und bei der zweiten Mahnung zusätzlich 5,00 EUR.

Beitragsnachlass

Bei jährlicher Zahlungsweise wird ein Beitragsnachlass von zurzeit 3 % gewährt.

Beendigung des Vertrages

Sie können die Versicherung nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Weitere Informationen finden Sie in den §§ 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. in den AVB des jeweils gewählten Tarifs.

Vertragssprache

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

Beschwerdestelle / Aufsichtsbehörde

Der Vermittler - Ihr Berater - und die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe Deutscher Ring werden Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie den

Kundenservice der Hauptverwaltung Deutscher Ring unter der Rufnummer +49 (0)40 35 99-77 33 anrufen oder Sie schreiben an

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, 20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch an den

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

wenden, sofern nicht bereits bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder bei Gericht eine Klärung herbeigeführt wird/wurde. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Bei Beschwerden können Sie sich auch direkt an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(Stand 1.7.2010)

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 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 zehn 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.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
- (2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.
- (3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
 1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

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

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der Fassung bis zum 31.12.2008)

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 1. ...
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (nach § 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegeld nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen, dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- ...



Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

gemäß § 10a Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

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

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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgabe nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit der Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers/Maklers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen KFZ-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, KFZ-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4 Hinweis- und Informationssystem

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Betroffene, deren Daten in HIS gespeichert werden, werden darüber informiert. Sie haben das Recht, von informa IRFP GmbH Auskunft darüber zu erhalten, ob und mit welchen Daten sie im System gespeichert sind (sog. Selbstauskunft).

Die Kontaktdaten von informa IRFP GmbH sind:

informa insurance risk and fraud prevention GmbH
Rheinstraße 99
76532 Baden-Baden

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

Kompositversicherung

(Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Transportversicherung) Eine Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese Totalschäden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Rechtsschutzversicherung

Verträge werden gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Rechtsschutzfälle gemeldet werden. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoe erhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

Lebensversicherung

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Außerdem können das Bestehen weiterer risikoe erhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden, gemeldet werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoe erhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal innerhalb der Unternehmensgruppen gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppen abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppen abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

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

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Den jeweiligen Unternehmensgruppen gehören zzt. folgende Unternehmen an:

Die Deutscher Ring Gruppe

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG
Deutscher Ring Sachversicherungs-AG
Deutscher Ring Financial Services GmbH
Deutscher Ring Bausparkasse AG
Deutscher PensionsRing AG

Die SIGNAL IDUNA Gruppe

SIGNAL Krankenversicherung a. G.
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe
SIGNAL Unfallversicherung a. G.
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
ADLER Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG
ALLWEST Allgemeine Westfälische Sterbekasse
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG

DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft
DONNER & REUSCHEL Luxemburg S.A.
DONNER & REUSCHEL TREUHAND-Gesellschaft mbH & Co. KG
HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH
HANSAINVEST LUX S.A
SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH
SIGNAL IDUNA Bauspar AG
Treuhand Contor Vermögensverwaltungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung

SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft
SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler/Makler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträgen, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobileingesellschaften außerhalb der Gruppen zusammen. Zurzeit kooperieren wir mit:

HHG Unterstützungskasse für Handwerk, Handel und Gewerbe e. V.
UBS - Union Bank of Switzerland bzw. deren Gesellschaften: UBS (Deutschland) AG, UBS Intrag und UBS Anlage-Service GmbH
Nationalbank Essen
Westdeutsche ImmobilienBank (ImmoBank)

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stellen gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6 Betreuung durch Versicherungsvermittler/-makler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots der jeweiligen Unternehmensgruppe werden Sie durch einen unserer Vermittler/Makler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler/Makler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch die bereits genannten Unternehmen oder andere Versicherungen, die mit uns kooperieren.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler/Makler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler/Makler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler/Makler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler/Makler ist gesetzlich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler/Makler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittler-/Maklervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Satzung

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 1

1 Name

Die Firma des Vereins lautet: DEUTSCHER RING
Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

2 Sitz

Der Sitz des Vereins ist Hamburg.

§ 2 Zweck

Der Verein betreibt die Krankenversicherung jeder Art einschließlich der Pflegepflichtversicherung für die Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit und im Nebenbetrieb auch für Nichtmitglieder gegen feste Prämie bis zu einem Zehntel der gesamten Beitragseinnahme sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art.

Der Verein kann Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen, die Geschäfte anderer Krankenversicherungsunternehmen fortführen und sich an anderen Wirtschaftsunternehmen beteiligen sowie Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträge vermitteln.

§ 3 Geschäftsgebiet

Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 4 Gerichtsstand

Klagen gegen den Verein können bei dem Gericht am Sitz des Vereins oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk das Vereinsmitglied zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Für alle gesetzlichen und vertraglichen Rechte und Ansprüche des Vereins gegenüber seinen jeweiligen und ausgeschiedenen Mitgliedern ist das Gericht am Sitz des Vereins zuständig, wenn das Mitglied keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn es nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

§ 5 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Vereins erfolgen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigebblatt.

2. Abschnitt: Mitgliedschaft

§ 6 Beginn und Ende

Vereinsmitglied wird, wer ein Versicherungsverhältnis nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit begründet. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem im ersten Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung und endet, wenn alle Versicherungsverhältnisse auf Gegenseitigkeit eines Mitgliedes erloschen sind. Sie endet ferner mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Vereins, jedoch kann der Vorstand Ausnahmen zulassen.

§ 7 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im Voraus zu zahlende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Versicherungsbedingungen und in den Tarifen geregelt sind.

Nachschüsse können nur unter den Voraussetzungen der §§ 11 Ziff. 5 und 14 Abs. 1 erhoben werden.

3. Abschnitt: Organe

§ 8 Vorstand

1 Bestellung

Der Vorstand wird vom Aufsichtsrat bestellt. Er besteht aus mindestens 2 Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorsitzenden des Vorstandes ernennen.

2 Aufgaben und Befugnisse

Die Aufgaben und Befugnisse des Vorstandes bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen (einschließlich der Tarife) für die Versicherungsverhältnisse der Mitglieder einzuführen oder zu ändern.

Der Verein wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

Die Beschlüsse des Vorstandes werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden des Vorstandes.

§ 9 Aufsichtsrat

1 Wahl

Der Aufsichtsrat besteht aus achtzehn Personen. Für die Zusammensetzung des Aufsichtsrates und für die Wahl seiner Mitglieder gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Die Wahl erfolgt auf die Dauer von 4 Jahren in der Weise, dass das Amt mit dem Schluss der vierten auf die Wahl folgenden ordentlichen Vertreterversammlung endet.

Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vorzeitig aus und tritt nicht an seine Stelle ein Ersatzmitglied, so soll ein neues Mitglied gewählt werden. Es wird für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Aufsichtsratsmitgliedes gewählt.

Jedes Aufsichtsratsmitglied ist berechtigt, jederzeit auch ohne wichtigen Grund sein Amt durch Erklärung an den Vorstand niederzulegen.

Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden, bis zu zwei Stellvertreter, den Schriftführer und den Vertreter für den Wahlausschuss. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder an der Beschlussfassung teilnimmt. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Willenserklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates von dem Vorsitzenden abgegeben; wenn dieser verhindert ist, von seinem Stellvertreter.

2 Aufgaben und Befugnisse

Die Aufgaben und Befugnisse des Aufsichtsrates bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

Die Zustimmung des Aufsichtsrates ist erforderlich zur Errichtung und Auflösung von Zweigniederlassungen, die in das Handelsregister eingetragen werden sollen bzw. eingetragen sind.

Zu den Aufgaben des Aufsichtsrates gehören auch:

die Mitwirkung bei der Verwendung und Anlegung des Vermögens, soweit die Vermögensanlagen durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,

Vornahme von Änderungen der Satzung, die nur die Fassung betreffen oder soweit die Aufsichtsbehörde Abänderungen der von der Vertreterversammlung beschlossenen Änderungen oder Ergänzungen verlangt,

die Mitwirkung bei der Behandlung von Beschwerden der Mitglieder.

3 Vergütungen

Die Aufsichtsratsmitglieder erhalten außer dem Ersatz angemessener Reisekosten eine durch die Vertreterversammlung festzusetzende Vergütung. Mit der Vergütung für ihre Tätigkeit werden zugleich ihre sonstigen Aufwendungen abgegolten; auf die Vergütung entfallene Umsatzsteuer wird zusätzlich erstattet. Die den Aufsichtsratsmitgliedern für ihre Tätigkeit gewährte Vergütung darf insgesamt 1 vom Tausend des Beitragsaufkommens in dem Geschäftsjahr nicht übersteigen, für das die Vergütung gewährt wird.

§ 10 Vertreterversammlung

1 Zusammensetzung und Wahl der Mitgliedervertreter

Die Vertreterversammlung ist die oberste Vertretung des Vereins. Sie besteht aus 30 Vereinsmitgliedern.

Die Vertreter werden nach einer vom Aufsichtsrat und Vorstand im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde aufgestellten Wahlordnung gewählt. Nach dieser Wahlordnung werden für die Mitgliedervertreter Ersatzmänner in mindestens gleicher Anzahl gewählt.

Wahlberechtigt ist jedes volljährige Vereinsmitglied, das an dem der Wahl vorausgehenden Kalenderjahresende bereits dem Verein angehört, in einem der in der Wahlordnung festgelegten Wahlbezirke wohnt und dessen Wahlberechtigung von dem nach der Wahlordnung zu berufenden Wahlausschuss eindeutig festgestellt werden kann.

Wählbar ist jedes geschäftsfähige Vereinsmitglied, das an dem der Wahl vorausgehenden Kalenderjahresende mindestens 25 Jahre alt ist und dem Verein seit mindestens einem Jahr angehört. Nicht wählbar sind Vereinsmitglieder, die für den Verein oder eine andere private oder öffentlich-rechtliche Einrichtung, die die Krankenversicherung betreibt oder Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist, beruflich oder ehrenamtlich, entgeltlich oder unentgeltlich tätig sind, nicht im Tätigkeitsgebiet des Vereins wohnen, die bürgerlichen Ehrenrechte nicht besitzen oder über deren Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist. Die gelegentliche Versicherungsvermittlung für den Verein schließt die Wählbarkeit nicht aus.

Ein Mitglied, das zur Wahl vorgeschlagen oder gewählt ist, hat die Wählbarkeit ausschließende Umstände unverzüglich dem Vorstand anzuzeigen.

Die Amtszeit der Mitgliedervertreter und der Ersatzmänner beginnt jeweilig mit der ordentlichen Vertreterversammlung, die auf die Wahl folgt. Sie endet mit dem Beginn der siebenten ordentlichen Vertreterversammlung. Wiederwahl ist zulässig.

Die Amtszeit endet vorzeitig mit der Amtsniederlegung durch Erklärung an den Vorstand oder mit der Feststellung des Eintritts eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstandes. Diese Feststellung trifft der Vorstand durch eingeschriebenen Brief an den betroffenen Mitgliedervertreter. Gegen die Feststellung kann der Mitgliedervertreter ohne aufschiebende Wirkung beim Vorstand Einspruch einlegen. Über den Einspruch entscheidet der Aufsichtsrat endgültig.

Endet die Amtszeit eines Mitgliedervertreters vorzeitig, so tritt an seine Stelle für die restliche Amtszeit des Ausgeschiedenen der in seinem Wahlbezirk der Reihenfolge nach nächstgewählte Ersatzmann. Wird ein Mitgliedervertreter in den Aufsichtsrat gewählt, so ruht für die Dauer seiner Zugehörigkeit zum Aufsichtsrat das Amt als Mitgliedervertreter; für diese Zeit übt derjenige Ersatzmann das Amt aus, der bei Ausscheiden des Mitgliedervertreters an seine Stelle treten würde.

Ist in einem Wahlbezirk ein Ersatzmann, der an die Stelle eines Mitgliedervertreters treten soll, nicht vorhanden, so wird er von der nächsten Vertreterversammlung gewählt.

Die Regelungen über die vorzeitige Beendigung der Amtszeit gelten entsprechend für gleichartige Fälle, die in der Zeit zwischen Wahl und Beginn der Amtszeit eintreten.

2 Einberufung

Tagungsort und Zeitpunkt für ordentliche Vertreterversammlungen bestimmt der Vorstand im Benehmen mit dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates, außerordentliche Versammlungen finden am Sitz des Vereins statt. Außerordentliche Vertreterversammlungen sind - außer in den gesetzlich vorgesehenen Fällen - einzuberufen, wenn es wenigstens 14 Mitgliedervertreter schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe verlangen.

Die Einberufung erfolgt in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise. Darüber hinaus sind die Mitgliedervertreter schriftlich unter Angabe der Tagesordnung und der Vorschläge zu den Gegenständen der Tagesordnung spätestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuladen. Für die Ordnungsmäßigkeit der Einberufung genügt die rechtzeitige Absendung der Einladungsschreiben.

3 Aufgaben und Befugnisse

Die Aufgaben und Befugnisse der Vertreterversammlung bestimmen sich nach Gesetz und Satzung. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Beschlussfassung über die Beseitigung von Fehlbeträgen und über die Erhebung von Nachschüssen.

Für die Mitgliedervertreter gelten die Verschwiegenheitspflichten von Vorstand und Aufsichtsrat entsprechend.

4 Sitzungen

Der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter leitet die Vertreterversammlung. Im Falle der Abwesenheit beider wählt die Versammlung unter der Leitung des an Lebensjahren ältesten anwesenden Mitgliederververtreters den Vorsitzenden aus dem Kreis der anwesenden Aufsichtsrats- und Vorstandsmitglieder.

Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit hat der Vorstand unverzüglich eine neue Vertreterversammlung einzuberufen. Die Vertreterversammlung ist dann ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig.

Im Übrigen kann die Vertreterversammlung ihre Geschäftsordnung selbst bestimmen.

Die Beschlüsse der Vertreterversammlung werden mit den in Gesetz und Satzung vorgeschriebenen Mehrheiten gefasst. Die Form der Abstimmung und die Reihenfolge der Gegenstände der Tagesordnung bestimmt der Vorsitzende der Versammlung unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze.

Soweit durch Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt sind und die Satzung nichts anderes vorschreibt, stehen sie einer Minderheit von wenigstens vier Mitgliedervertretern zu.

Für ihre Teilnahme an der Versammlung erhalten die Mitgliedervertreter Ersatz angemessener Reisekosten und ein vom Vorstand festzusetzendes Sitzungsgeld.

4. Abschnitt: Rechnungswesen

§ 11

1 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

2 Vermögenanlagen

Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

3 Rückstellungen und Rücklagen

Der Verein hat in seinem Jahresabschluss die geschäftsplanmäßig vorgesehenen und alle sonst erforderlichen Rückstellungen einschließlich Steuerrückstellungen auszuweisen.

Von dem Überschuss nach Ertragsteuern, der nach Abzug der nach den gesetzlichen Vorschriften vorgenommenen Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung verbleibt, ist ein Betrag von mindestens 25 % in die Verlustrücklage gemäß § 37 VAG einzustellen, bis diese einen Mindestbetrag von einem Sechstel der gebuchten Brutto-Beiträge erreicht oder nach Inanspruchnahme für Verlustdeckungen wieder erreicht hat. Zuweisungen zu der Verlustrücklage gemäß § 37 VAG über den Mindestbetrag hinaus bestimmt der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates.

Der dann noch verbleibende Überschuss ist der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Er kann stattdessen mit Zustimmung des Aufsichtsrates ganz oder teilweise in die anderen Gewinnrücklagen eingestellt werden.

4 Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Auf die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellten Beträge haben die Mitglieder einen Rechtsanspruch. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen.

Die Ausschüttung kann erfolgen als Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung der Beiträge als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Ausschüttung kann z. B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.

Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde dürfen im Interesse der Mitglieder in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstands, z. B. zur Verlustabdeckung, entnommen werden.

5 Deckung von Fehlbeträgen

Ergibt sich aus dem Jahresabschluss, dass die Einnahmen zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, so sind die für die Verlustdeckung geschäftsplanmäßig vorgesehenen Rückstellungen und die Rücklagen in Anspruch zu nehmen. Ist danach die gesetzliche Rücklage geringer als die Hälfte des Mindestbetrages, so sind alsbald die Tarife zu ändern.

Etwa erforderliche Nachschüsse zur Deckung entstehender Fehlbeträge sind jeweils nur bis zur Höhe eines Monatsbeitrages zu erheben. Die Erhebung von Nachschüssen ist gemäß § 12 Ziff. 2 bekannt zu geben. Ihre Einziehung erfolgt in gleicher Weise wie die der Beiträge.

5. Abschnitt: Änderung der Satzung

§ 12

1 Gegenstand der Änderung

Mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse können die Bestimmungen der Satzung über Name, Sitz und Zweck des Vereins, Geschäftsgebiet, Gerichtsstand, Bekanntmachungen, Beitragspflicht, Haftung für Vereinsverbindlichkeiten und Rechte am Vereinsvermögen, Leitung und Vertretung, Rechnungswesen sowie die Auflösung des Vereins geändert werden.

Soweit Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitswagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins wegen des Älterwerdens der versicherten Personen während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

2 Bekanntmachung

Änderungen der Satzung sind gemäß § 5 bekannt zu machen.

3 Inkrafttreten

Änderungen der Satzung treten mit der Eintragung in das Handelsregister in Kraft.

6. Abschnitt: Auflösung des Vereins

§ 13 Beschluss

Die Auflösung des Vereins findet statt, wenn in einer ausdrücklich zu diesem Zweck einberufenen außerordentlichen Vertreterversammlung eine Mehrheit von drei Vierteln der anwesenden, mindestens jedoch von zwei Dritteln der amtierenden Mitgliedervertreter die Auflösung beschließt.

§ 14 Vermögensverteilung

Reicht nach der Auflösung das Vermögen zur Deckung der Verbindlichkeiten nicht aus, so wird ein Nachschuss erhoben, der einen Monatsbeitrag nicht übersteigen darf. Reicht auch dieser Nachschuss noch nicht aus, so tritt eine Kürzung der Versicherungsansprüche ein. Verbleibt ein Überschuss, so wird er an die Mitglieder, die dem Verein zur Zeit der Auflösung angehörten, im Verhältnis der in den letzten zwei Jahren gezahlten Beiträge verteilt.

An Stelle einer Verteilung des Vermögens kann der Versicherungsbestand in seiner Gesamtheit oder teilweise nach Maßgabe eines von der Aufsichtsbehörde zu genehmigenden Übernahmevertrages auf eine andere Versicherungsunternehmung übertragen werden.

§ 15 Gesetzliche Bestimmungen

Soweit diese Satzung keine ausdrückliche Regelung trifft, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Deutscher Ring 
Krankenversicherungsverein a.G.

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe

Ludwig-Erhard-Straße 22, 22459 Hamburg

Internet: www.DeutscherRing.de

E-Mail: Service@DeutscherRing.de