Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (AVB MediSafe 2018)

(Stand: 01.04.2022)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter, Tarif MediSafe
(gilt nur in Verbindung mit Teil I der AVB MediSafe 2018)

Der Versicherungsschutz

A. Allgemeine Bestimmungen/Beitragsentlastung
1. Aufnahmefähigkeit
2. Versicherungsfähigkeit/Grundversicherung

B. Leistungen des Versicherers
1. Entlastungsbetrag/Beitragsentlastungszeitpunkt
2. Verlegung des Beitragsentlastungszeitpunkts (Verlegungsoption)
3. Anpassung des Beitragsentlastungsbetrages

C. Beiträge
1. Beitragsberechnung
2. Dauer und Höhe der Beitragszahlung
3. Ruhen der Beitragszahlung/Beitragsfreistellung

D. Anwartschaftsversicherung der Grundversicherung

E. Vorzeitige Beendigung/Verwendung der bestehenden Alterungsrückstellung

A. Allgemeine Bestimmungen/Beitragsentlastung

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind nur Personen, die das 21. Lebensjahr bei Abschluss des Tarifs MediSafe vollendet haben. Eine Aufnahme ist ausgeschlossen, wenn ab dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses weniger als 36 beitragspflichtige Monate bis zum vereinbarten Beitragsentlastungszeitpunkt (vgl. Abschnitt B.1.3) bleiben.

2. Versicherungsfähigkeit / Grundversicherung

Versicherungsfähig nach Tarif MediSafe sind nur Personen, die beim Versicherer eine Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Pflegeergänzungsversicherung (Grundversicherung) abgeschlossen haben, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird. Endet die Grundversicherung, endet insoweit auch Tarif MediSafe. Eine Beitragsentlastung nach Tarif MediSafe ist für Krankentagegeldversicherungen des Versicherers, arbeitgeberfinanzierten Versicherungsschutz im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen sowie für den gesetzlichen Zuschlag nach § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht möglich.

Tarif MediSafe kann auch nicht zur Beitragsentlastung verbandseinheitlicher Tarife abgeschlossen werden, bei denen der Versicherer am Ausgleich der Versicherungsrisiken (Poolvertrag) beteiligt ist, z. B. Private Pflegepflichtversicherung, Basistarif, Standardtarif. Bei einem Wechsel von der Grundversicherung in einen entsprechenden verbandseinheitlichen Tarif oder in den Notlagentarif endet insoweit Tarif MediSafe.

B. Leistungen des Versicherers

1. Entlastungsbetrag/ Beitragsentlastungszeitpunkt

1.1 Ab dem Ersten des auf die Vollendung des 67. Lebensjahres folgenden Monats (Beitragsentlastungszeitpunkt) ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate in vereinbarter Höhe (Entlastungsbetrag) für die zu diesem Zeitpunkt abgeschlossene Grundversicherung (vgl. Abschnitt A.2). Die maximale Beitragsentlastung darf einschließlich der Beitragsrate für Tarif MediSafe 100% des zu zahlenden monatlichen Beitrages der Grundversicherung nicht überschreiten. Die Aufteilung des Entlastungsbetrages auf die abgeschlossenen Tarife wird vom Versicherer für den Zeitpunkt der Entlastung festgelegt.

1.2 Der Entlastungsbetrag kann in einer Höhe von 5 Euro oder einem Vielfachen hiervon im Rahmen der festgelegten Höchstgrenze (vgl. Abschnitt B.1.1) versichert werden.

1.3 Eine Beitragsentlastung kann frühestens in Anspruch genommen werden, wenn Tarif MediSafe mindestens 36 Monate während der Vertragslaufzeit und vor Beginn der Entlastung ununterbrochen beitragspflichtig abgeschlossen war. Die Mindestvertragslaufzeit (§ 2 Abs. 3, Teil I der AVB MediSafe 2018) bleibt hiervon unberührt.

216445 - 04.2022

1.4. Reduziert sich der Beitrag der Grundversicherung oder erfolgt ein Wechsel in eine Grundversicherung mit niedrigerem Beitrag, so dass der vereinbarte Entlastungsbetrag die festgelegte Höchstgrenze von 100% übersteigt (vgl. Abschnitt B.1.1), hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Entlastungsbetrag anzupassen (vgl. Abschnitt B.3).

2. Verlegung des Beitragsentlastungszeitpunkts (Verlegungsoption)

2.1 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Beitragsentlastungszeitpunkt abweichend vom vereinbarten Beginn (vgl. Abschnitt B.1.1) zu verlegen. Auf Antrag kann der Entlastungszeitpunkt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr vorgezogen oder bis zum vollendeten 72. Lebensjahr aufgeschoben werden. Eine Verlegung des Entlastungszeitpunkts ist mehrfach möglich. Die Verlegung kann nur für die Zukunft beantragt werden, eine rückwirkende Verlegung ist ausgeschlossen. Mit Beginn der Beitragsentlastung ist jede weitere Verlegung des Entlastungszeitpunkts ausgeschlossen.

2.2 Der Antrag des Versicherungsnehmers auf Verlegung muss spätestens vier Wochen vor dem neu gewählten Entlastungszeitpunkt zugegangen sein. Als Entlastungszeitpunkt kann nur ein zum Zeitpunkt der Antragstellung zukünftiges Lebensalter zwischen dem vollendeten 60. und dem vollendeten 72. Lebensjahr gewählt werden. Die Verlegung wird jeweils zum Ersten eines Monats wirksam, der auf den Geburtsmonat folgt.

2.3 Bei einer Verlegung des Entlastungszeitpunkts erfolgt eine Neuberechnung der Höhe der Beitragsermäßigung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

3. Anpassung des Beitragentlastungsbetrages

3.1 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, vor Beginn des Entlastungszeitpunkts eine Anpassung des Versicherungsschutzes nach Tarif MediSafe (Erhöhung oder Minderung des versicherten Entlastungsbetrages) zu beantragen. Eine Anpassung kann letztmalig 36 Monate vor Beginn des Entlastungszeitpunkts beantragt werden. Ist für Tarif MediSafe eine Beitragsfreistellung vereinbart, ist eine Anpassung des Entlastungsbetrages ausgeschlossen (vgl. Abschnitt C.3).

3.2 Die Anpassung des Entlastungsbetrages kann nur zum 1. eines Monats vereinbart werden.

C. Beiträge

1. Beitragsberechnung

1.1 Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.

1.2 Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

2. Dauer und Höhe der Beitragszahlung

Der Versicherungsnehmer hat den Beitrag für Tarif MediSafe über die gesamte Dauer des Versicherungsvertrages, auch über den Zeitpunkt des Beginns der Beitragsentlastung hinaus, zu zahlen.

3. Ruhen der Beitragszahlung/ Beitragsfreistellung

Nach einer ununterbrochenen beitragspflichtigen Versicherungsdauer von 36 Monaten in Tarif MediSafe kann der Versicherungsnehmer das Ruhen der Beitragszahlung für maximal 36 Monate vereinbaren. Eine Ruhensvereinbarung darf im Einzelfall sechs Monate nicht unterschreiten und wird für die Dauer der Beitragsfreistellung verbindlich festgelegt. Eine Ruhensvereinbarung ist ausgeschlossen, wenn bei Abschluss des Vertrages nur noch 36 Monate bis zum Eintritt der Beitragsentlastung bleiben (vgl. Abschnitt B.1.3).

Ergibt sich aufgrund einer Ruhensvereinbarung ein reduzierter Beitragsentlastungsbetrag, so errechnet sich der verminderte Entlastungsbetrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

D. Anwartschaftsversicherung der Grundversicherung

Ist eine Anwartschaftsversicherung für die Grundversicherung vereinbart, kann Tarif MediSafe für die Dauer der Anwartschaft in der Grundversicherung unverändert fortgeführt werden.

Eine Anwartschaftsversicherung für Tarif MediSafe kann nicht abgeschlossen werden.

E. Vorzeitige Beendigung/Verwendung der bestehenden Alterungsrückstellung

1. Der Versicherungsnehmer kann Tarif MediSafe unabhängig vom Fortbestehen der Grundversicherung zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen (vgl. § 2 Abs. 3 und § 8 Abs. 1, Teil I der AVB MediSafe 2018). Mit der Beendigung des Versicherungs-

vertrages nach Tarif MediSafe vor Beginn des vereinbarten Beitragsentlastungszeitraums wird eine bereits gebildete Alterungsrückstellung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen als sofortiger Nachlass für eine bestehende Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeldversicherung oder eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung angerechnet.

2. Besteht in dem vom Versicherungsnehmer abgeschlossenen Versicherungsvertrag kein für eine Anrechnung der Alterungsrückstellung entsprechender Versicherungsschutz, kann eine für die Ermäßigung bereits gebildete Alterungsrückstellung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen auf eine Pflegeergänzungsversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und Versicherungsfähigkeit besteht, angerechnet werden. Es gelten die für den Neuabschluss gültigen Annahmerichtlinien des Versicherers. Kommt ein Vertrag über eine Pflegeergänzungsversicherung nicht zustande, verfällt die Alterungsrückstellung an die Versichertengemeinschaft.

3. Voraussetzung für die Anrechnung einer Alterungsrückstellung ist, dass Tarif MediSafe 36 Monate ununterbrochen beitragspflichtig bestanden hat (vgl. Abschnitt B.1.3), und die Beitragsermäßigung zum Entlastungszeitpunkt noch nicht wirksam geworden ist. Andernfalls verfällt die Alterungsrückstellung an die Versichertengemeinschaft. Die Übertragung einer bereits gebildeten Alterungsrückstellung auf eine andere versicherte Person sowie eine Auszahlung ist ausgeschlossen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (AVB MediSafe 2018)

(Stand: 01.04.2022)

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (AVB MediSafe 2018)
(gilt nur in Verbindung mit Teil II, Tarif MediSafe)

Der Versicherungsschutz
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich der Versicherung
§ 2 Beginn und Ende der Versicherung
Pflichten des Versicherungsnehmers
§ 3 Beitragszahlung
§ 4 Beitragsberechnung
§ 5 Beitragsanpassung
§ 6 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung
§ 7 Aufrechnung
Ende der Versicherung
§ 8 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 9 Kündigung durch den Versicherer
§ 10 Sonstige Beendigungsgründe
Sonstige Bestimmungen
§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 12 Gerichtsstand
§ 13 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Anhang
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)
Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich der Versicherung

1. Mit der Beitragsentlastung im Alter ermäßigt sich für den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ab dem vereinbarten Zeitpunkt die monatliche Beitragsrate der Grundversicherung in abgeschlossener Höhe.

2. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I der AVB MediSafe 2018 und Teil II Tarif MediSafe) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich die Versicherung nach Tarif MediSafe fort, sofern die

Grundversicherung, für die die Beitragsentlastung abgeschlossen ist, fortbesteht, bzw. für die Grundversicherung eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen ist (vgl. Abschnitt D). Dies gilt auch für die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das außereuropäische Ausland.

§ 2
Beginn und Ende der Versicherung

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

2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen der Versicherung (z. B. Erhöhung oder Minderung des versicherten Entlastungsbetrages) haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

3. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre (Mindestvertragslaufzeit) fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 3
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.

1.1 Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4% des Beitrages.

2. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

3. 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.

4. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. 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. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.

5. 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. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 4
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 (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 wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

§ 5
Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahr-

scheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden sämtliche Rechnungsgrundlagen des Tarifs MediSafe vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

2. Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 6
Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge nach Maßgabe des § 150 VAG (s. Anhang) jährlich zugeschrieben.

§ 7
Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 8
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.

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 den Versicherungsschutz zur Beitragsentlastung im Alter 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 den Versicherungsschutz zur Beitragsentlastung im Alter 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.

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5. 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.

§ 9
Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

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

§ 10
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.

Sonstige Bestimmungen

§ 11
Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 12
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.

§ 13
Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang:
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 14
Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

§ 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.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

§ 150
Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.