

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif KlinikFlex. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in dem Versicherungsschein, dem Tarif KlinikFlex und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2024) und dem Versicherungsantrag. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenzusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes bei stationärer Behandlung. Der Tarif KlinikFlex existiert in drei Tarifstufen, die ausschließlich einzeln abgeschlossen werden können.



### Was ist versichert?

#### Tarifstufe KlinikFlex.S:

##### ✓ Stationär

zu 100 %:

- › die Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Unterbringung im Einbettzimmer sind 50 % erstattungsfähig
- › die Kosten für eine Begleitperson von versicherten Personen unter 18 Jahren (Rooming-In)

#### Tarifstufe KlinikFlex.M:

##### ✓ Stationär

zu 100 %:

- › die Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Unterbringung im Einbettzimmer sind 50 % erstattungsfähig
- › die Kosten für wahlärztliche Leistungen
- › die Kosten für belegärztliche Leistungen
- › die Kosten für eine einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung
- › die Kosten für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- › die Kosten für eine Begleitperson von versicherten Personen unter 18 Jahren (Rooming-In)

##### ✓ Ambulant

Pauschale bei ambulant durchgeführter Operation, durch die ein stationärer Eingriff vermieden wird

#### Tarifstufe KlinikFlex.MAX:

##### ✓ Stationär

zu 100 %:

- › die Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Ein-/Zweibett- und Familienzimmer
- › die Kosten für wahlärztliche Leistungen
- › die Kosten für belegärztliche Leistungen
- › die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen in sonstigen Krankenhäusern (z. B. Privatklinik ohne GKV-Versorgungsvertrag oder Krankenhaus im Ausland)

- › die Kosten für eine Wunschverlegung innerhalb Deutschlands
- › die Kosten für eine einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung
- › die Kosten für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- › die Kosten für eine Begleitperson von versicherten Personen unter 18 Jahren (Rooming-In)
- › die gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus
- › die gesetzliche Zuzahlung für den Krankentransport
- › die gesetzliche Zuzahlung bei Kur- und Rehabilitation

##### ✓ Ambulant

Pauschale bei ambulant durchgeführter Operation, durch die ein stationärer Eingriff vermieden wird

#### Höherstufung des Versicherungsschutzes:

- ✓ Der Tarif KlinikFlex sieht für Versicherte bis zum Alter von einschließlich 49 Jahren eine Regelung zur Höherstufung des Versicherungsschutzes in eine höhere Tarifstufe vor.

#### Gebührenordnung GOÄ:

##### ✓ Tarifstufe KlinikFlex.M:

- Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

##### ✓ Tarifstufe KlinikFlex.MAX:

- Erstattung auch über den Höchstsätzen der GOÄ



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Durch prozentuale oder summenmäßige Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- ! Nicht erstattet werden können Behandlungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- ! Behandlungen durch Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder Kinder sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.
- ✓ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- › Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrags. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- › Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- › Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z. B. erforderlich sein, dass die versicherte Person ihre Behandelnden von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können. Darüber hinaus kann es ebenfalls erforderlich sein, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.



### Wann und wie zahle ich?

- › Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig.
- › Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- › Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- › Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



### Wann beginnt und endet die Deckung?

- › Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- › Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- › Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- › Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- › Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- › Endet Ihre Versicherung in der GKV, so endet damit auch die Versicherung nach diesem Tarif (Wegfall der Versicherungsfähigkeit). Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen.

# Tarif „KlinikFlex“

für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

## KlinikFlex

	Seite
Präambel .....	2
<b>A Allgemeine Regelungen für den Tarif KlinikFlex</b> .....	<b>3</b>
<b>B Tarif KlinikFlex: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung</b> .....	<b>6</b>
<b>C Optionsrechte</b> .....	<b>9</b>
<b>D Dynamisierung</b> .....	<b>9</b>

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/KK 2024)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

	Seite		Seite
<b>Versicherungsschutz</b>			
§ 1 Gegenstand der Versicherung.....	10	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen .....	14
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes .....	10	§ 18 Tarifwechsel.....	14
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes.....	10	§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption .....	15
§ 4 Wartezeiten .....	10	<b>Obliegenheiten</b>	
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes .....	10	§ 20 Allgemeines .....	15
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten .....	11	§ 21 Einzelne Obliegenheiten .....	15
<b>Leistungen</b>		§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte.....	15
§ 7 Fälligkeit der Leistungen.....	11	§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer ....	16
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	11	<b>Dauer und Ende der Versicherung</b>	
§ 9 Verpfändung .....	12	§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr .....	16
§ 10 Überschussbeteiligung .....	12	§ 25 Kündigung durch Sie.....	16
<b>Beiträge</b>		§ 26 Kündigung durch uns.....	17
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	12	§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung.....	17
§ 12 Berechnung des Beitrags .....	12	<b>Weitere Regelungen</b>	
§ 13 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug .....	13	§ 28 Aufrechnung gegen uns.....	17
§ 14 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug....	13	§ 29 Anwendbares Recht.....	17
§ 15 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung .....	13	§ 30 Gerichtsstand.....	17
<b>Änderungen des Versicherungsvertrags</b>		§ 31 Erklärungen gegenüber uns.....	18
§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag.....	14	§ 32 Verjährung .....	18
		<b>Streitschlichtungsstellen</b> .....	19

### Willkommen bei der Envivas Krankenversicherung

Wir freuen uns, dass Sie sich für den Tarif KlinikFlex entschieden haben. In dieser Unterlage erfahren Sie alle Details und Bedingungen zu Ihrem Tarif.

Der Tarif KlinikFlex ergänzt den Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei stationärer Behandlung. Sie können aus drei Tarifstufen mit unterschiedlichem Erstattungsumfang wählen. Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2024).

Zum besseren Verständnis erhalten Sie nachfolgend Informationen zu wichtigen Begriffen:

### Wer ist der Antragsteller?

Das sind Sie, wenn Sie bei uns den Abschluss eines Versicherungsvertrags nach Tarif KlinikFlex beantragt haben.

### Wer ist der Versicherungsnehmer?

Das sind ebenfalls Sie – nämlich als unser Vertragspartner, wenn der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Meist sprechen wir Sie persönlich an. Auch wenn der „Versicherungsnehmer“ genannt wird, sind Sie gemeint.

### Wer sind die versicherten Personen?

Die Personen, für die nach Ihrem Vertrag Versicherungsschutz besteht, bezeichnen wir als versicherte Personen. Das können Sie selbst sein und auch weitere Personen, für die Sie den Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben.

### Wer kann sich versichern?

Nach Tarif KlinikFlex können sich Personen versichern, die Mitglied bei einem Träger der GKV oder dort familienversichert sind. Mit dem Ende der Versicherung in der GKV endet auch die Versicherung nach Tarif KlinikFlex. Das Ende der Versicherung in der GKV müssen Sie uns für jede versicherte Person innerhalb eines Monats in Textform anzeigen.

### Welchen Schutz bietet der Tarif KlinikFlex?

Die folgende Tabelle gibt Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Leistungen der Tarifstufen:

Tarif KlinikFlex	
Tarifstufe	Leistungsüberblick
KlinikFlex.S	Zweibettzimmer im Krankenhaus
KlinikFlex.M	Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer im Krankenhaus
KlinikFlex.MAX	Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus

### Was ist bei der Krankenhauswahl zu beachten?

Wenn Sie einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus planen, das nicht für die Behandlung von gesetzlich Versicherten zugelassen ist (siehe Abschnitt B 9.2), setzen Sie sich zur Klärung der Kostenübernahme mit Ihrer Krankenkasse und uns in Verbindung.

## A Allgemeine Regelungen für den Tarif KlinikFlex

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Tarif KlinikFlex und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2024).

Die nachfolgenden Allgemeinen Regelungen gelten für die im Tarif jeweils versicherten Leistungen.

### A 1 Behandlung im Krankenhaus

#### Krankenhäuser

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

Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (so genannte gemischte Anstalten) und die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, zählen zu den wählbaren Krankenhäusern. Eine vorherige Leistungszusage durch uns ist auch bei gemischten Anstalten nicht erforderlich.

#### Allgemeine Krankenhausleistungen

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören alle Maßnahmen, die zur medizinischen Grundversorgung eines Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechneten Leistungen (DRG-Fallpauschalen oder Pflegesätze).

Erfolgt die Abrechnung nicht nach den vorgenannten Regelungen, zählen als allgemeine Krankenhausleistungen die ärztliche Behandlung (ohne wahlärztliche Leistungen), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterbringung im Mehrbettzimmer (ohne gesondert berechenbare Unterkunftszuschläge), Verpflegung sowie medizinisch begründete Nebenkosten (z. B. Entlassmanagement).

### A 2 Leistungseinschränkungen bei Behandlung im Krankenhaus

Wir erstatten keine Kosten für

- Behandlungen in Krankenhäusern (siehe Punkt A 1), deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor Beginn der stationären Behandlung entsprechend benachrichtigt haben. Benachrichtigen wir Sie erst nach Beginn der stationären Behandlung, erstatten wir nur noch Kosten für diese Behandlung, die im Zeitraum von drei Monaten nach unserer Benachrichtigung entstehen.
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

### A 3 Ärzte

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Im Krankenhaus kann sich die versicherte Person von approbierten Ärzten behandeln lassen. Dazu gehören auch Wahlärzte (in der Regel Chefärzte) und Belegärzte.

### A 4 Leistungseinschränkungen bei bestimmten Behandelnden

Wir erstatten keine Kosten für

- Behandlungen durch Ärzte (siehe Punkt A 3), deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor Behandlungsbeginn entsprechend benachrichtigt haben. Benachrichtigen wir Sie erst nach Behandlungsbeginn, erstatten wir nur noch Kosten für diese Behandlung, die im Zeitraum von drei Monaten nach unserer Benachrichtigung entstehen.
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 21.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

### A 5 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Wir erstatten im Rahmen des stationären Aufenthalts Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, sofern diese nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten sind.

### A 6 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

#### Schulmedizin

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

#### Alternative Medizin/Naturheilverfahren

Wir leisten darüber hinaus für Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie schulmedizinische Methoden und Arzneimittel oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

<b>A 7 Gebührenordnungen</b>	<p>Wir erstatten nur Gebühren, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen.</p> <p>In der Tarifstufe KlinikFlex.M erstatten wir Gebühren bis zum Höchstsatz der GOÄ.</p> <p>In der Tarifstufe KlinikFlex.MAX erstatten wir auch Gebühren, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn.</p> <p>Im Ausland entstandene Kosten erstatten wir, wenn sie nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Gibt es in einem Land keine Abrechnungsbestimmungen, sind die Kosten in ortsüblicher Höhe erstattungsfähig. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/KK 2024).</p>
<b>A 8 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis</b>	<p>Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.</p> <p>Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.</p>
<b>A 9 Berücksichtigung von Leistungen der GKV und anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger</b>	<p>Leistungen der GKV werden als Vorleistung auf die tarifliche Leistung angerechnet. Dies gilt auch dann, wenn die Aufwendungen ganz oder teilweise in einen mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt fallen.</p> <p>Hat die versicherte Person die Möglichkeit, einen anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge) in Anspruch zu nehmen, sind wir nicht leistungspflichtig, soweit die Aufwendungen vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger umfasst sind.</p> <p>Haben die GKV oder andere öffentlich-rechtliche Kostenträger eine Vorleistung erbracht, sind mit dem Erstattungsantrag stets Nachweise über die Höhe der erhaltenen Vorleistung zu erbringen.</p>
<b>A 10 Berücksichtigung von Leistungen anderer Erstattungsverpflichteter (private Krankenversicherer und sonstige Dritte)</b>	<p>Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete gehen den Ansprüchen gegen uns grundsätzlich vor (Subsidiarität). Dies gilt auch dann, wenn im Verhältnis zu diesen anderen Erstattungsverpflichteten ebenfalls Subsidiarität vereinbart ist.</p> <p>Dennoch steht es der versicherten Person frei, ob sie ihre Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete oder gegen uns geltend macht. Soweit wir Leistungen erbracht haben, sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die Ansprüche gegen die anderen Erstattungsverpflichteten an uns abzutreten. Dies ist erforderlich, um uns einen Rückgriff gegen andere Erstattungsverpflichtete zu ermöglichen.</p>
<b>A 11 Gesamterstattung bei mehreren Kostenträgern (Bereicherungsverbot)</b>	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die entstandenen Kosten nicht übersteigen.</p>
<b>A 12 Zeitliche Zuordnung von Leistungen</b>	<p>Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugeordnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und -einreichung sind für die zeitliche Zuordnung nicht entscheidend.</p>
<b>A 13 Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse</b>	<p><b>Zahnärztliche Behandlung</b></p> <p>Wir erstatten keine Kosten für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung einschließlich einer in diesem Zusammenhang durchgeführten kieferchirurgischen Behandlung.</p> <p><b>Kur-/Sanatoriumsbehandlung, Entwöhnungsmaßnahmen</b></p> <p>Wir erstatten keine Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und</li> <li>– Entwöhnungsmaßnahmen.</li> </ul> <p><b>Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls</b></p> <p>Wir erstatten keine Kosten für Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeiführt.</p> <p><b>Kriegsereignisse</b></p> <p>Wir erstatten keine Kosten für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Im Ausland gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts für das Reisegebiet eine Reisewarnung ausgesprochen hat.</p>

### **Sanktionen und Embargos**

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

---

### **A 14 Auskunftsrechte**

#### **Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen**

Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, können Sie vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen.

Wir müssen die Auskunft innerhalb von vier Wochen erteilen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, müssen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilen. Die Frist beginnt mit Eingang der Anfrage bei uns.

Wir müssen unsere Auskunft begründen und dabei auf einen von Ihnen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen eingehen. Erteilen wir die Auskunft nicht fristgerecht, wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

#### **Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen**

Auf Ihr Verlangen oder auf Verlangen der versicherten Person sind wir verpflichtet, Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die wir bei der Prüfung unserer Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben.

Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, haben wir die entstandenen Kosten zu erstatten.

---

## B Tarif KlinikFlex: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif KlinikFlex gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, C, D und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2024).

### Allgemeines

Wir erbringen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung einschließlich stationärer Psychotherapie, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch in einem Krankenhaus (siehe Punkt A 1) die unter den Punkten B 1 bis B 15 aufgeführten Leistungen.

### Besonderheiten bei stationärer Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung

Kosten für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind nur dann erstattungsfähig, wenn Sie vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Leistungszusage bei uns eingeholt haben. Die Zuzahlung bei Rehabilitation nach Punkt B 12 übernehmen wir ohne vorherige Zusage.

Für eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung, die nicht ambulant durchgeführt werden kann, ist keine vorherige schriftliche Leistungszusage durch uns erforderlich. Wir empfehlen, auch bei einer stationären Anschlussheilbehandlung die Frage der Kostenerstattung vor Beginn der Anschlussheilbehandlung mit uns zu klären.

Abgesehen von der Zuzahlung bei Kurbehandlungen nach Punkt B 12 erstatten wir keine Kosten für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und Entwöhnungsmaßnahmen (siehe Punkt A 13).

Leistung	Erstattungsfähige Leistungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		KlinikFlex.S	KlinikFlex.M	KlinikFlex.MAX
<b>B 1</b> <b>Gesondert berechnete Unterbringung</b>	Wir erstatten die Kosten für die gesondert berechnete Unterbringung.	<b>100 %</b> bei Unterbringung im <b>Zweibettzimmer</b>  <b>50 %</b> bei Unterbringung im <b>Einbettzimmer</b>	<b>100 %</b> bei Unterbringung im <b>Zweibettzimmer</b>  <b>50 %</b> bei Unterbringung im <b>Einbettzimmer</b>	<b>100 %</b> bei Unterbringung im <b>Ein- oder Zweibettzimmer</b>
<b>B 2</b> <b>Familienzimmer</b>	Wir erstatten die Kosten für die gesondert berechenbare Unterbringung im Familienzimmer im Zusammenhang mit einer Entbindung. Voraussetzung ist, dass die entbindende Person nach Tarif KlinikFlex versichert ist.	Keine Leistung	Keine Leistung	<b>100 %</b> unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<b>B 3</b> <b>Komfortelemente</b>	Wir erstatten Kosten für Komfortelemente, die nach der Vereinbarung zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gesondert berechenbar sind. Darunter fallen zum Beispiel die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung sowie Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon und Internet.	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>B 4</b> <b>Wahlärztliche Leistungen</b>	Wir erstatten die Kosten für Leistungen eines Wahlarztes (in der Regel der Chefarzt) auf Grundlage einer rechtswirksamen Wahlarztvereinbarung.	Keine Leistung	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>B 5</b> <b>Belegärztliche Leistungen</b>	Wir erstatten die Kosten für Leistungen eines Belegarztes.	Keine Leistung	<b>100 %</b> unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV	<b>100 %</b> unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<b>B 6</b> <b>Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung</b>	Wir erstatten die Kosten für eine unmittelbar vor bzw. nach der leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Wahl- oder Belegarzt.	Keine Leistung	<b>100 %</b> unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV	<b>100 %</b> unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

Leistung	Erstattungsfähige Leistungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		KlinikFlex.S	KlinikFlex.M	KlinikFlex.MAX
<b>B 7</b> <b>Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus</b>	Wir erstatten die Kosten für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.	Keine Leistung	100 %	100 %
<b>B 8</b> <b>Ersatz-Krankenhaustagegeld</b>				
B 8.1 Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Leistungen	Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld, wenn Sie auf die Erstattung gesondert berechenbarer ärztlicher Leistungen nach den Punkten B 4 und B 5 während des gesamten Krankenhausaufenthalts verzichten.	Keine Leistung	50,00 EUR je Krankenhaustag	50,00 EUR je Krankenhaustag
B 8.2 Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung	Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld, wenn Sie auf die Erstattung der gesondert berechenbaren Unterbringung nach den Punkten B 1 und B 2 während des gesamten Krankenhausaufenthalts verzichten.	50,00 EUR je Krankenhaustag (ohne Entlassungstag)	50,00 EUR je Krankenhaustag (ohne Entlassungstag)	50,00 EUR je Krankenhaustag (ohne Entlassungstag)
<b>B 9</b> <b>Allgemeine Krankenhausleistungen im Rahmen der freien Krankenhauswahl</b>				
B 9.1 Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen in zugelassenen GKV-Krankenhäusern	Wir erstatten die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass die versicherte Person ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählt. Das gewählte Krankenhaus muss – nach § 108 SGB V zugelassen sein (Universitäts-/Hochschulklinik, Plankrankenhaus) oder – nach § 109 SGB V zugelassen sein (Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag) oder – bei Rehabilitationsmaßnahmen als Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V zugelassen sein.  Leistungsvoraussetzung ist, dass sich die GKV oder ein sonstiger Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung) an den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen beteiligt und Sie einen Nachweis über die Vorleistung erbringen.	100 %	100 %	100 %

Leistung	Erstattungsfähige Leistungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		KlinikFlex.S	KlinikFlex.M	KlinikFlex.MAX
B 9.2 Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen in sonstigen Krankenhäusern	Wir erstatten die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass die versicherte Person ein anderes als unter Punkt B 9.1 genanntes Krankenhaus wählt (z. B. eine Privatklinik ohne GKV-Versorgungsvertrag oder ein Krankenhaus im Ausland). Leistungsvoraussetzung ist, dass sich die GKV oder ein sonstiger Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung) an den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen beteiligt und Sie einen Nachweis über die Vorleistung erbringen.	Keine Leistung	Keine Leistung	100 %
<b>B 10</b> <b>Zuzahlung im Krankenhaus</b>	Wir erstatten die Zuzahlung im Krankenhaus nach § 39 Abs. 4 SGB V.	Keine Leistung	Keine Leistung	100 %
<b>B 11</b> <b>Zuzahlung für den Krankentransport</b>	Wir erstatten die Zuzahlung für den medizinisch notwendigen Krankentransport nach § 60 Abs. 2 SGB V.	Keine Leistung	Keine Leistung	100 %
<b>B 12</b> <b>Zuzahlung bei Kur und Rehabilitation</b>	Wir erstatten die gesetzlichen Zuzahlungen für Unterkunft und Verpflegung bei stationären Kuren und stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich stationärer Anschlussheilbehandlungen.	Keine Leistung	Keine Leistung	10,00 EUR je Tag für höchstens 42 Tage pro Kalenderjahr
<b>B 13</b> <b>Wunschverlegung</b>	Wir erstatten die Kosten für einen bodengebundenen Krankentransport oder eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn die Verlegung nicht medizinisch notwendig ist. Kosten für eine intensivmedizinische Betreuung während des Transports im Rahmen der Wunschverlegung erstatten wir nicht.	Keine Leistung	Keine Leistung	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, einmalig je Versicherungsfall
<b>B 14</b> <b>Begleitperson von versicherten Personen unter 18 Jahren (Rooming-In)</b>	Bei einer versicherten Person unter 18 Jahren erstatten wir die Kosten für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<b>B 15</b> <b>Pauschale bei ambulanter Operation</b>	Wir zahlen eine Pauschale bei Nachweis einer ambulanten Operation, durch die nach Maßgabe des Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein stationärer Eingriff vermieden wird.	Keine Leistung	300,00 EUR je Versicherungsfall	300,00 EUR je Versicherungsfall

## C Optionsrechte

Im Rahmen der Optionsrechte können Sie den Versicherungsschutz der versicherten Person zu bestimmten Zeitpunkten (Optionszeitpunkten) ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten erweitern:

### C 1 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Optionsrechte

Sie können die Optionsrechte nach Punkt C 3 (Umstellung) und Punkt C 4 (Erweiterung) für die versicherte Person in Anspruch nehmen, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht zum Optionszeitpunkt Versicherungsschutz nach Tarif KlinikFlex.
- Der Versicherungsschutz nach Tarif KlinikFlex wurde für die versicherte Person zu keinem Zeitpunkt durch Kündigung oder durch Umstellung reduziert (Beispiel: Umstellung von Tarifstufe KlinikFlex.M in KlinikFlex.S).
- Die versicherte Person ist zum Optionszeitpunkt höchstens 49 Jahre alt.
- In den letzten 12 Monaten vor dem Optionszeitpunkt bestand kein Beitragsrückstand.
- Sie beantragen die Erweiterung des Versicherungsschutzes für die versicherte Person in Textform spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionszeitpunkts.

### C 2 Risikoeinstufung bei Inanspruchnahme der Optionsrechte

Bei Abschluss des Tarifs KlinikFlex wird der Gesundheitszustand der versicherten Person geprüft und festgehalten. Dieser Gesundheitszustand ist für die Risikoeinstufung in die jeweilige Tarifstufe (Punkt C 3) bzw. in den jeweiligen Zieltarif (Punkt C 4) maßgebend, wenn Sie für die versicherte Person ein Optionsrecht in Anspruch nehmen. Zwischenzeitliche Verschlechterungen des Gesundheitszustands bleiben unberücksichtigt. Auch bei einer individuell beantragten Umstellung in eine höherwertige Tarifstufe außerhalb des Optionsrechts wird der Gesundheitszustand geprüft und festgehalten. Dann ist dieser Gesundheitszustand für die Risikoeinstufung bei der Inanspruchnahme des Optionsrechts maßgebend.

### C 3 Umstellung in eine höherwertige Tarifstufe des Tarifs KlinikFlex

Sie können den Versicherungsschutz in eine höherwertige Tarifstufe umstellen:

- von KlinikFlex.S in KlinikFlex.M oder KlinikFlex.MAX
- von KlinikFlex.M in KlinikFlex.MAX.

Ab Versicherungsbeginn können Sie das Optionsrecht alle drei Kalenderjahre zum 1. Januar ausüben (Optionszeitpunkt). Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt dabei als volles Kalenderjahr. Unabhängig vom Dreijahresintervall können Sie das Optionsrecht zum 1. Januar ausüben, der auf den 49. Geburtstag der versicherten Person folgt.

Bei einer individuell beantragten Umstellung in eine höherwertige Tarifstufe außerhalb des Optionsrechts beginnt der Dreijahreszeitraum für die Höherstufung ab dem Umstellungstermin neu zu laufen. Das Jahr, in dem die Umstellung erfolgt, gilt dabei als volles Kalenderjahr.

### C 4 Erweiterung des Versicherungsschutzes bei Leistungseinschränkungen in der GKV

Führen wir anlässlich zukünftiger Leistungseinschränkungen in der GKV neue Tarife in der stationären Krankheitskostenzusatzversicherung ein, können Sie die Erweiterung des Versicherungsschutzes im Rahmen dieser Tarife verlangen. Wir werden Ihnen die Einführung solcher Tarife sowie den Optionszeitpunkt bekannt geben.

## D Dynamisierung

Wir prüfen in regelmäßigen Abständen, ob die für einzelne Leistungen geltenden tariflichen Erstattungshöchstbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Beträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/KK 2024)

## für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

---

### Versicherungsschutz

---

<b>§ 1</b> <b>Gegenstand der Versicherung</b>	<p><b>(1) Allgemeines</b></p> <p>Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erstatten wir die Kosten für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringen wir auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. In der Krankenhaustagegeldversicherung zahlen wir das vereinbarte Tagegeld.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,</li><li>– medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),</li><li>– weitere im Tarif genannte Ereignisse.</li></ul>
<b>§ 2</b> <b>Umfang des Versicherungsschutzes</b>	<p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KK 2024), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, dem Versicherungsvertrag, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.</p>
<b>§ 3</b> <b>Beginn des Versicherungsschutzes</b>	<p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Versicherungsschutz besteht auch für vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle hinsichtlich der Aufwendungen, die in die Zeit nach Versicherungsbeginn fallen. Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p>
<b>§ 4</b> <b>Wartezeiten</b>	<p>Die Wartezeit beträgt grundsätzlich drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate.</p> <p>Die Wartezeit entfällt</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– bei unfallbedingter Behandlung,</li><li>– für den Ehegatten, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.</li></ul> <p>Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.</p>
<b>§ 5</b> <b>Ende des Versicherungsschutzes</b>	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>

---

<p><b>§ 6</b> <b>Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten</b></p>	<p><b>(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b> Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz. Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt, der länger als 12 Monate dauert, besteht Versicherungsschutz, wenn Sie uns vor Reiseantritt über Aufenthaltsdauer und -ort unterrichten. Muss der vorübergehende Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p> <p><b>(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz</b> Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz bleiben wir für Heilbehandlungen höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir in Deutschland zu erbringen hätten. Alternativ können Sie gegen Zahlung eines Beitragszuschlags Erstattung auf ausländischem Kostenniveau wählen. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen. Das Wahlrecht muss vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden.</p> <p><b>(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz</b> Mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz endet das Versicherungsverhältnis.</p>
---	---

---

## Leistungen

---

<p><b>§ 7</b> <b>Fälligkeit der Leistungen</b></p>	<p>Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn Sie die von uns geforderten Nachweise erbringen; diese werden unser Eigentum. Rechnungen müssen enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person,</li> <li>– die Krankheitsbezeichnung (Diagnose),</li> <li>– die Behandlungstage und</li> <li>– Angaben der einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf die angewandte Gebührenregelung.</li> </ul> <p>Rechnungen müssen auf unser Verlangen im Original vorgelegt werden. Besteht ein anderweitiger Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, können Rechnungen auch in Zweitschrift mit Bestätigung des anderen Versicherers über die erbrachten Leistungen vorgelegt werden. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Kundeninformation).</p>
--	--

<p><b>§ 8</b> <b>Auszahlung der Versicherungsleistungen</b></p>	<p><b>(1) Leistungsempfänger</b> Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht Ihnen zu. Sie können auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Wir sind dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten. Wir sind berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern Sie nichts anderes bestimmt haben.</p> <p><b>(2) Belege in Fremdwährung</b> Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gilt der Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Weisen Sie durch Bankbeleg nach, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden, gilt dieser Kurs.</p>
---	---

### **(3) Überweisungskosten**

Wir überweisen die Versicherungsleistung auf das von Ihnen angegebene Konto. Kosten für eine Überweisung auf ein Konto außerhalb des SEPA-Raumes können wir von der Versicherungsleistung abziehen.

---

## **§ 9 Verpfändung**

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

---

## **§ 10 Überschussbeteiligung**

Unser Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir sind jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Unser Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Unser Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG (siehe Kundeninformation) zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

---

## **Beiträge**

---

### **§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise**

#### **(1) Fälligkeit der Beiträge**

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig. Gilt bei Erreichen eines neuen Lebensalters oder einer neuen tariflichen Altersgruppe ein anderer Beitrag, so ist dieser vom Ersten des Folgemonats an zu zahlen.

#### **(2) Lastschriftinzug**

Ist der Inzug der Beiträge von einem von Ihnen benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch uns, können wir die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen sind wir bis auf Widerruf durch den Kontoinhaber berechtigt, aber nicht verpflichtet.

#### **(3) Sonstige Zahlungsweise**

Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das von uns angegebene Konto zu zahlen.

---

### **§ 12 Berechnung des Beitrags**

#### **(1) Allgemeines**

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

#### **(2) Beitragsänderung ab Alter 15 bzw. 21 Jahren**

Für Kinder ist vom Ersten des auf den 15. Geburtstag folgenden Monats an der gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Vom Ersten des auf den 21. Geburtstag folgenden Monats an ist der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

### **(3) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen**

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:

- der Tarif,
- das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person.

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 unserer Leistungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

### **(4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen**

Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

### **(5) Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen**

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, können wir für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### **(6) Anteiliger Monatsbeitrag**

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

---

## **§ 13**

### **Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug**

#### **(1) Rücktritt**

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurückzutreten. Das können wir solange tun bis die Zahlung bewirkt ist. Wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

#### **(2) Leistungsfreiheit**

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind nur leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

---

## **§ 14**

### **Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug**

#### **(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz**

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir auf Ihre Kosten die Zahlung in Textform anmahnen und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und sind Sie bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

#### **(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses**

Sind Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, können wir das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind und Sie hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden sind. Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leisten; Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt.

---

## **§ 15**

### **Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung**

Beenden wir das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt gemäß § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder fechten wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung an, steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

---

# Änderungen des Versicherungsvertrags

---

## § 16

### Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

#### (1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir für jeden Tarif zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

#### (2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

---

## § 17

### Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

#### (1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

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 Sie folgt.

#### (2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie 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 Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

---

## § 18

### Tarifwechsel

Sie können den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; eine nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Sie können Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem Sie stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählen. Der Wechselanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

---

---

**§ 19****Versicherung von  
Neugeborenen, Adoption****(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung**

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Dabei ist auch eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung möglich. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtsschäden.

**(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes**

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Abs. 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

**(3) Adoption**

Minderjährige adoptierte Kinder können entsprechend Abs. 1 angemeldet werden. Besteht ein erhöhtes Risiko, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Im Übrigen steht die Adoption der Geburt gleich.

---

**Obliegenheiten****§ 20****Allgemeines**

Sie und die versicherte Person haben die in den §§ 21-23 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich.

**§ 21****Einzelne Obliegenheiten****(1) Erteilung von Auskünften**

Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht oder ihres Umfangs erforderlich ist.

**(2) Ärztliche Untersuchung**

Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten der Untersuchung tragen wir.

**(3) Schadenminderung**

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

**(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz**

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden.

**(5) Änderung von Name oder Anschrift**

Änderungen Ihrer Anschrift (Wohnsitz bzw. Geschäfts- oder Gewerbebetrieb) oder Ihres Namens haben Sie unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls gelten Erklärungen, die wir mit eingeschriebenem Brief an die letzte uns bekannte Anschrift senden, drei Tage nach Ab-sendung als zugegangen.

**(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 werden wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Darüber hinaus können wir bei Verletzung der Obliegenheit nach Abs. 4 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

---

**§ 22****Ersatzansprüche gegen  
Dritte****(1) Abtretung**

Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an uns schriftlich abzutreten.

## **(2) Mitwirkung**

Sie und die versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.

## **(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2 werden wir mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit wir infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können.

---

### **§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer**

Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, ist § 86 Abs. 1 und 2 VVG (siehe Kundeninformation) entsprechend anzuwenden.

---

## **Dauer und Ende der Versicherung**

---

### **§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr**

#### **(1) Vertragsdauer**

Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

#### **(2) Berechnung des Versicherungsjahrs**

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

---

### **§ 25 Kündigung durch Sie**

#### **(1) Ordentliche Kündigung**

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

#### **(2) Vertraglich geregelte Beitragsänderung**

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, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

#### **(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung**

Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindern wir unsere Leistung, können Sie 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 können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

#### **(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung**

Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

#### **(5) Fortführung als Anwartschaftsversicherung**

Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Sie und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

<p><b>§ 26</b> <b>Kündigung durch uns</b></p>	<p><b>(1) Ordentliche Kündigung</b> Wir verzichten auf das Recht der ordentlichen Kündigung der Versicherung.</p> <p><b>(2) Außerordentliche Kündigung</b> Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>
<p><b>§ 27</b> <b>Beendigung und Fortsetzung der Versicherung</b></p>	<p><b>(1) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch Sie</b> Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p> <p><b>(2) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch uns</b> Wird eine Krankheitskostenversicherung von uns wegen Ihres Zahlungsverzugs wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Wir müssen die versicherten Personen in Textform über die Kündigung und das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären, informieren.  Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht erlangt hat.</p> <p><b>(3) Trennung/Scheidung</b> Ein getrenntlebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrenntlebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft. Gleiches gilt bei Auflösung einer häuslichen Gemeinschaft für Lebenspartner und Kinder.</p> <p><b>(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland</b> Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> <p><b>(5) Tod</b> Das Versicherungsverhältnis endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod zu erklären.  Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.</p>

## Weitere Regelungen

**§ 28**  
**Aufrechnung gegen uns**  
Gegen unsere Forderungen ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

**§ 29**  
**Anwendbares Recht**  
Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

**§ 30**  
**Gerichtsstand**

**(1) Klagen gegen uns**  
Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns können bei dem Gericht an unserem Sitz oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt erhoben werden.

**(2) Klagen gegen Sie**  
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist – außer bei Widerklagen – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

### **(3) Sitzverlegung und unbekannter Sitz**

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht unseres Sitzes erhoben werden.

---

### **§ 31**

#### **Erklärungen uns gegenüber**

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

---

### **§ 32**

#### **Verjährung**

#### **(1) Verjährungsfrist**

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

#### **(2) Hemmung der Verjährung**

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

---

# Streitschlichtungsstellen

## Meinungsverschiedenheiten und Rechtsweg

### 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.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://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.

### 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.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

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

### Rechtsweg

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



# Kundeninformation

## Allgemeine Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas

Wir freuen uns, dass Sie sich als Versicherter der Techniker Krankenkasse (TK) für eine private Ergänzungsversicherung der Envivas interessieren. Im Rahmen der exklusiven Kooperation ermöglicht die TK ihren Versicherten den Abschluss privater Zusatzversicherungen der Envivas, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bedarfsgerecht zu einem besonders vorteilhaften Preis-Leistungs-Verhältnis ergänzen.

Wir möchten unseren Kunden größtmögliche Transparenz bei allen Fragen und Entscheidungen rund um das Thema private Krankenversicherung bieten. Im Folgenden erhalten Sie deshalb die wesentlichen Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas.

### Verzeichnis der weiteren Informationen

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht	Seite 4
Die Envivas Card	Seite 6
Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	Seite 7
Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	Seite 10
Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	Seite 10
Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	Seite 10
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	Seite 12
Allgemeine Datenschutzhinweise für Kunden und Interessenten der Envivas Krankenversicherung AG	Seite 13
Liste der Dienstleister	Seite 16
Informationen zur Kooperation zwischen der Envivas und der TK	Seite 17

### 1. Identität des Versicherers

Ihr Versicherer ist die Envivas Krankenversicherung AG (nachfolgend: Envivas). Die Envivas ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Köln. Sie ist unter der Handelsregisternummer HR B 52059 beim Amtsgericht Köln eingetragen.

Gesetzlicher Vertreter der Envivas ist der Vorstand. Dieser wird vertreten durch die Vorstandsmitglieder Uli Rothaufe (Vors.), Nils Heise und Daniel Spooren.

Vorsitzender des Aufsichtsrats ist Dr. Robert Wehn.

### 2. Ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der Envivas lautet:

Envivas Krankenversicherung AG  
 Gereonswall 68  
 50670 Köln  
 Telefon: 0221 - 27 14 05 70  
 E-Mail: info@envivas.de

### 3. Hauptgeschäftstätigkeit

Die Envivas betreibt die Krankenversicherung.

### 4. Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wenden.

Das Bundesministerium für Finanzen hat der Medicator AG die Aufgaben eines Sicherungsfonds übertragen. Die Medicator AG hat damit im Fall der Insolvenz des Krankenversicherungsunternehmens die Aufgabe, Ihre Rechte zu schützen.

## 5. Vertragsrelevante Unterlagen / Merkmale der Versicherungsleistungen

### 5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- Das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten** enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- Der **Tarif** beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Der von Ihnen zu unterzeichnende verbindliche **Antrag** oder die unverbindliche **Anfrage** (vgl. Nr. 9.1) dient insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes und der Beantwortung der Gesundheitsfragen.
- Falls Sie zunächst eine unverbindliche Anfrage an uns gerichtet haben, unterbreiten wir Ihnen anschließend ein für uns verbindliches **Angebot** (vgl. Nr. 9.1), das Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen können.
- Im **Versicherungsschein** (der Police) dokumentieren wir den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Nebenabreden (z. B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn sie von der Envivas schriftlich bestätigt werden.

### 5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen sind folgende:

In der **Krankheitskostenversicherung** ersetzt die Envivas im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde. Dem Tarif KlinikFlex liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK 2024 zugrunde.

In der **Krankenhaustagegeldversicherung** zahlt die Envivas das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) und die Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde.

In der **Krankentagegeldversicherung** ersetzt die Envivas den Verdienstaufschlag bis zur Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, wenn durch Krankheit oder Unfall Arbeitsunfähigkeit eintritt. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KT 09) zugrunde.

In der **Pflegekrankenversicherung** zahlt die Envivas im Fall der Pflegebedürftigkeit das vereinbarte Tagesgeld (Pflegetagegeldversicherung). Als Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Pflegetagegeldversicherung liegen die AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 zugrunde. In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung liegen die MB/GEPV 2022 sowie die TB/GEPV 2017 zugrunde. Bei zusätzlicher Vereinbarung des Ergänzungstarifs PflegeXtra zur Pflegekrankenversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB PflegeXtra.

### 5.3 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald uns alle erforderlichen Unterlagen eingereicht wurden und wir die notwendige Prüfung durchgeführt haben. Die Leistung der Envivas erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages.

## 6. Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)

Die Beiträge werden im Antrag bzw. Angebot sowie im Versicherungsschein für jede Person und jeden Tarif einzeln aufgeführt. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Risikozuschläge, werden wir diese – soweit sie nicht bereits im Antrag bzw. Angebot enthalten sind – gesondert schriftlich mit Ihnen vereinbaren.

## 7. Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an erhoben. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, wird aber in der Regel in monatlichen Beitragsraten gezahlt. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist mit Versicherungsbeginn zu zahlen, frühestens jedoch 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, gilt der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

## 8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot (inkl. der Beiträge) gilt für sechs Wochen ab dem Zeitpunkt der Übergabe der Vertragsinformationen.

## 9. Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist

### 9.1 Zustandekommen des Vertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie der Versicherungsvertrag geschlossen werden kann:

- „Antragsmodell“  
Sie unterzeichnen den Antrag, nachdem Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, erhalten Sie den Versicherungsschein.
- „Invitationsmodell“  
Sie unterzeichnen die Anfrage, bevor Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. In diesem Fall gilt Ihre Erklärung nur als unverbindliche Aufforderung an uns, Ihnen ein Versicherungsangebot zu unterbreiten. Nach Risikoprüfung durch uns erhalten Sie ein individuelles Angebot mit allen Unterlagen. Dieses können Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen.

In beiden Modellen kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn wir Sie mit den nach Nr. 5 genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und Ihr Widerrufsrecht (siehe Nr. 10) nicht ausgeübt haben.

### 9.2 Bindefrist

Eine Frist, innerhalb derer Sie an Ihren Antrag gebunden sind (Bindefrist), gibt es nur im Antragsmodell. Sie beträgt sechs Wochen ab Antragstellung.

## 10. Widerrufsrecht

Ihnen steht ein gesetzliches Widerrufsrecht zu. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Belehrung über Ihr Widerrufsrecht auf Seite 4.

## 11. Vertragslaufzeit

Sofern sich aus dem Tarif nichts anderes ergibt, wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann erstmals zum Ablauf der Mindestvertragsdauer und danach zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Es gelten folgende Mindestvertragslaufzeiten:

- › in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre
- › in der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr
- › in der Pflegekrankenversicherung ein Versicherungsjahr
- › in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zwei Versicherungsjahre

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

## 12. Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z. B. Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 205 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Seite 9) sowie den inhaltsgleichen Regelungen in den AVB.

## 13. Anwendbares Recht

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

## 14. Sprachen

Die Envivas kommuniziert mit Ihnen in deutscher Sprache.

## 15. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten unmittelbar an unseren Kundenservice (Tel. 0221 - 27 14 05 70). Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an den

### **Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung**

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin  
[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

wenden. Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. An dem Streitbeilegungsverfahren des Ombudsmanns nehmen wir teil. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die

Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

## 16. Aufsichtsbehörde

Private Krankenversicherungsunternehmen unterliegen in Deutschland der staatlichen Aufsicht durch die

### **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn  
[www.bafin.de](http://www.bafin.de)

Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich auch an diese Aufsichtsbehörde wenden.

### Widerrufsbelehrung

#### Abschnitt 1

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

#### Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

**Envivas Krankenversicherung AG,  
Gereonswall 68, 50670 Köln.**

Ein Widerruf per E-Mail ist möglich  
an die E-Mail-Adresse: kundenservice@envivas.de

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um [einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/365 des Jahresbeitrages. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### Besondere Hinweise

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

#### Abschnitt 2

#### Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

#### Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist,

während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht,
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

**Ende der Widerrufsbelehrung**

## Die Envivas Card

Sofern Sie nach den Tarifen KlinikFlex, KlinikSpezial oder StarterPlus versichert sind, erhalten Sie unsere Envivas Card. Diese weist Sie im Krankenhaus als Privatpatient oder Privatpatientin aus.

### Ihre Vorteile bei Nutzung der Envivas Card

- Ihre Versicherungsdaten können in der Klinik schnell, problemlos und sicher in den Computer eingelesen werden.
- Der gewählte Versicherungsschutz in Bezug auf die Art der Unterbringung (Ein- oder Zweibettzimmer) lässt sich bei Aufnahme im Krankenhaus auf einen Blick erfassen.
- Bei stationären Aufenthalten rechnen die Krankenhäuser die Unterbringungskosten direkt mit der Envivas ab – entsprechend dem vereinbarten Versicherungsschutz. Vorauszahlungen durch Sie sind nicht erforderlich.

Ändern sich der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes oder Ihre persönlichen Daten, erhalten Sie automatisch eine neue Envivas Card. Bei Beschädigung oder Verlust sorgen wir selbstverständlich für Ersatz. Sie können die Karte telefonisch in unserem KundenService unter der Telefonnummer 0221 - 27 14 05 70 anfordern.

Die Envivas Card ist Eigentum der Envivas und darf nach Beendigung des Versicherungsschutzes nicht mehr benutzt werden.

### Envivas Card und Datenschutz

Im Bereich der Krankenhausbehandlung ist mit der Envivas Card eine Kostenübernahmegarantie im tariflichen Umfang für die Kosten der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer verbunden. Die Karte enthält einen Mikrochip, auf dem folgende Daten gespeichert sind

- Name und Nummer des Versicherungsunternehmens,
- Name, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versicherungsnummer und Personnummer,
- Gültigkeitsdauer der Karte,

die mit Hilfe eines Kartenlesegerätes abgerufen und so zur Rechnungserstellung genutzt werden können.

Ein Teil dieser Daten ist auch auf der Kartenvorderseite zu sehen. Außerdem ist der Umfang des jeweiligen stationären Versicherungsschutzes angegeben. Zusätzliche Angaben, wie z. B. medizinische Behandlungsdaten, können auf dem Chip nicht gespeichert werden, auch nicht vom Krankenhaus. Die Informationen sind geschützt und wurden von den Datenschutzbeauftragten der Länder geprüft.

Die Daten auf der Karte sind nicht veränderbar, weil sie mit einem Schreibschutz versehen sind.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat vor dem Hintergrund der elektronischen Datenübermittlung mit den für die Produktion der Karten beauftragten Herstellern eine vertragliche Vereinbarung über die ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen sowie über die Einhaltung der Sorgfaltspflicht zum Datenschutz getroffen. Mit Auftragsvergabe und Vertragsabschluss wurden die beauftragten Dienstleister – ungeachtet der ihnen ohnehin schon obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen – von den privaten Krankenversicherungen zum Datenschutz verpflichtet. Sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes beachten und dürfen die an sie weitergeleiteten Daten nicht an Dritte weitergeben oder unbefugt, d.h. zu einem anderen als dem jeweiligen rechtmäßigen, zur Auftragserfüllung gehörenden Zweck verarbeiten oder nutzen. Sollten Sie dennoch der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum) an ein Dienstleistungsunternehmen nicht zustimmen, genügt eine Mitteilung an uns. Wir werden dann Ihre Daten nicht weitergeben und somit die Herstellung der Karte unterbinden.

Der Einsatz der Envivas Card ist freiwillig, d.h. es ist Ärzten und Versicherten freigestellt, ob sie die Karte benutzen möchten oder nicht. Die Envivas Card ist ein Serviceangebot an alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

### § 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.

[...]

### § 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

### § 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

- (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.
- (2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.
- (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.

[...]

### § 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.

### § 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
  1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
    - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
    - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

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

- 2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
  - a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
  - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

- (2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

- (3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflegepflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
- (4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.
- (5) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

### § 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer 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 die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.
- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den

- Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

## Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

### § 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

## Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) – Stand: 21.12.2018

### § 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.
- [...]
- (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 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

### §146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

- [...]
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

### §150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

[...]

- (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 Prämienhöhungen 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.

### §152 Basistarif

- (1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu

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

[...]

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 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.<sup>1</sup> Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

<sup>1</sup> Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

## Allgemeine Datenschutzhinweise für Kunden und Interessenten der Envivas Krankenversicherung AG

Mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Envivas Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte geben Sie die Informationen auch den aktuellen und künftigen vertretungsberechtigten Personen und wirtschaftlich Berechtigten sowie etwaigen mitversicherten Personen und sonstigen Beteiligten weiter.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Envivas Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln

Telefon 0221 - 27 14 05 70

E-Mail [info@envivas.de](mailto:info@envivas.de)

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter:

[datenschutzbeauftragter@envivas.de](mailto:datenschutzbeauftragter@envivas.de).

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Fordern Sie Informationen z. B. zu unserem Unternehmen oder zu Produkten oder Leistungen unseres Unternehmens an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Bearbeitung Ihres Anliegens. Falls Sie eine Beratung wünschen, benötigen wir Ihre Angaben zur Weitergabe an unseren Vertriebspartner.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen zur Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter [www.envivas.de/dsgvo](http://www.envivas.de/dsgvo) abrufen.

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

**Die Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist

Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs, einschließlich des Trainings und der Weiterentwicklung technischer Systeme,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe,
- zur Anonymisierung von Daten, z.B. um daraus Statistiken zu erstellen,
- zu einer passgenauen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

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

Auf Basis Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO informieren wir Sie mittels personalisierter E-Mails sowie ggf. telefonisch über Produkte und Services und befragen Sie auf gleichem Wege zu Ihrer Kundenzufriedenheit. In diesem Zusammenhang analysieren wir Ihr Nutzungsverhalten im Hinblick auf erhaltene E-Mails. Das bedeutet: wir verwenden E-Mails, die sog. Zählpixel enthalten. Dadurch können wir feststellen, ob Sie unsere Mail geöffnet sowie ggf. genutzt haben. Z. B. können wir nachvollziehen, welche Elemente innerhalb der E-Mail, d.h. Logos, Buttons, Links etc. Sie angeklickt haben und wie lange Sie in bestimmten Bereichen der E-Mail verweilt. Diese Informationen werten wir aus, um sie anschließend für zukünftige E-Mails zu berücksichtigen, d.h. um für Sie nicht interessante Informationen herauszufiltern und Ihnen auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmte Benachrichtigungen zukommen lassen zu können.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

### Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen können Sie von unserem Rückversicherer, der Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, 81737 München erhalten.

### Vermittler

Soweit sich im Rahmen der Bearbeitung Ihres Anliegens die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines Vermittlers ergibt, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Gleiches gilt, wenn Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten oder von Erklärungen, die mehrere Unternehmen unserer Gruppe betreffen (z. B. Einwilligungen oder Widerrufe) für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung durch ein Unternehmen oder mehrere Unternehmen der Gruppe gemeinsam verarbeitet werden. Soweit wir auf Basis der Würdigung der Umstände annehmen dürfen, dass Sie Post, E-Mails oder Zahlungen nicht an das für Ihr Anliegen zuständige Konzernunternehmen adressiert haben, bemühen wir uns in bestimmten Fällen fehladressierte Post- und E-Malleingänge sowie Zahlungen innerhalb des Konzerns an das zuständige Unternehmen weiterzuleiten.

Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aus dem Geldwäschegesetz) oder auf Basis berechtigter Interessen können wir auch Daten an die Generali Deutschland AG als Obergesellschaft der deutschen Unternehmensgruppe, an die Assicurazioni Generali S.p.A. als Konzernmutter der internationalen Generali Gruppe, sowie an andere Gesellschaften der deutschen oder internationalen Generali Gruppe übertragen.

In unserer Dienstleisterliste in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter [www.envivas.de/dsgvo](http://www.envivas.de/dsgvo) finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten oder gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen.

### Externe Dienstleister

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.envivas.de/dsgvo](http://www.envivas.de/dsgvo) entnehmen.

Soweit mehrere Unternehmen Ihre personenbezogenen Daten in gemeinsamer Verantwortlichkeit (Art. 26 DSGVO) verarbeiten, haben sich die jeweiligen Unternehmen untereinander vertraglich dazu verpflichtet, ihre datenschutzrechtlichen Pflichten (einschließlich Informationspflichten und Betroffenenrechte) in eigener Verantwortung zu erfüllen.

### Weitere Empfänger

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

### Dauer der Datenspeicherung

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

### Betroffenenrechte

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

## Widerspruchsrecht

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

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung können sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Sollten Sie Widerspruch einlegen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten; es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

**Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist an den oben genannten Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu richten.**

## Beschwerderecht

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestr. 2 - 4  
40213 Düsseldorf

## Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, dann tun wir dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

## Einwilligung in den Datenaustausch mit der TK

Ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag willigen Sie ein, dass die Envivas der TK im Rahmen des Kooperationsvertrages ab Antragstellung allgemeine Daten Ihres Versicherungsvertrages (Name, Vorname, Geburtsdatum, Vertragsnummer, beantragte bzw. abgeschlossene Tarife, Versicherungsbeginn und -ende) übermittelt sowie Ihre Angaben über das Bestehen einer TK-Versicherung einschließlich der TK-Versichertennummer bzw. Krankenversichertennummer mitteilt. Sie ermächtigen die TK, diese Daten zum Zwecke der Steuerung des Angebotes von Zusatzversicherungen (z. B. Vermeidung von Doppelangeboten) zu verarbeiten und zu nutzen.

Ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag willigen Sie ferner ein, dass die TK im Rahmen des Kooperationsvertrages zum Zwecke der Vervollständigung fehlender Angaben in der Anfrage bzw. im Antrag auf Zusatzversicherung sowie zum Zwecke späterer Aktualisierungen allgemeine Versichertendaten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, TK-Versichertennummer bzw. Krankenversichertennummer) an die Envivas übermittelt.

Ferner willigen Sie ein, dass die TK der Envivas das Ende Ihrer TK-Versicherung zum Zwecke der von der Envivas vorzunehmenden Prämienanpassung mitteilt.

Ihnen ist bekannt, dass die vorstehenden Einwilligungen freiwillig sind und Sie sie jederzeit ohne Angabe von Gründen auch direkt gegenüber der TK widerrufen können.

## Änderung der Datenschutzhinweise

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzbestimmungen zu ändern. Eine aktuelle Version finden Sie jederzeit im Internet unter [www.envivas.de/datenschutz](http://www.envivas.de/datenschutz).

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

## Liste der Dienstleister

### (Anlage zur Datenschutzeinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung im Versicherungsantrag)

Die Enivas Krankenversicherung AG arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt:

Unternehmen	Übertragene Aufgaben
Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Datenschutzbeauftragter, Rechnungswesen, Steuern, Recht, Unternehmenskommunikation, Bestandsverwaltung, Kunden- und Leistungsservice, Strategisches Leistungs- und Gesundheitsmanagement, Compliance, Rückversicherung, Versicherungsvertrieb, IT, Geldwäschebeauftragter, Regressbearbeitung, IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Software und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck, Versand, Logistik, Eingangspostbearbeitung inkl. Scannen und Archivierung, Kundenkorrespondenz in Vertragsangelegenheiten, telefonischer Kundendienst, Antragsbearbeitung
Generali Health Solutions GmbH	Durchführung von Gesundheitsprogrammen und deren Evaluation
BSI Business Systems Integration AG	IT-Dienstleistungen Kundenservice und Telefonie
Europ Assistance Services GmbH	Telefonischer Kundenservice, Assistanceleistungen
Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland	Zusätzliche Assistanceleistungen
Institut für medizinische Begutachtungen (IMB)	Medizinische Begutachtungen
Medexo GmbH	Medizinische Begutachtungen
MD Medicus GmbH	Assistanceleistungen im Tarif PflegeXtra
Medallia Inc., London, Großbritannien	Kundenzufriedenheitsbefragungen
Personal Business Machine AG	Dienstleistungen zur Durchführung von personalisierter Kundenansprache
Techniker Krankenkasse	Abgleich von Vertragsdaten
Viamed GmbH	Medizinische Begutachtungen

Darüber hinaus arbeitet die Enivas Krankenversicherung AG mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	Begutachtungen zu medizinischen Fragen, Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen
Beratungsunternehmen	Unterstützung und Beratung in Leistungs- und Abrechnungsfragen im In- und Ausland
Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung
IT-Dienstleister	IT- und Internetservices (z. B. digitaler Antrag)
PR-Berater	Öffentlichkeitsarbeit

Letzte Änderungen: 1. August 2021

## 1. Personenkreis

Im Rahmen der Kooperation zwischen der Envivas und der TK können sich Personen versichern, die Mitglied der TK sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der TK haben. Der Nachweis über die Mitgliedschaft bzw. den Anspruch auf Familienversicherung bei der TK ist unter Angabe der gültigen TK-Versichertennummer bzw. Krankenversichertennummer im Versicherungsantrag zu erbringen.

## 2. Versicherbare Tarife

Auf der Grundlage des Kooperationsvertrages können Krankheitskostenversicherungen nach den Tarifen PraxisExtra, PraxisTop, KlinikFlex, KlinikSpezial, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro sowie die Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif KHT-Plus und die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KT-Plus abgeschlossen werden. Ferner ist der Abschluss eines Pfl egetagegeldes nach Tarif PflegePlus, PflegeAktiv, des Pflege-Assistancetarifs PflegeXtra sowie der Auslandsreisetarife TravelXN, TravelXF, TravelXLOU und TravelXLMU möglich.

## 3. Beiträge

Im Rahmen des Kooperationsvertrages mit der TK ist in die Beiträge der versicherbaren Tarife PraxisExtra, PraxisTop, KlinikFlex, KlinikSpezial, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro, KHT-Plus, KT-Plus, PflegePlus sowie TravelXN und TravelXF ein Beitragsnachlass eingerechnet.

## 4. Wegfall des Beitragsnachlasses

Der Beitragsnachlass entfällt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der TK oder mit Beendigung des Kooperationsvertrages zwischen der Envivas und der TK. Das Ausscheiden einer versicherten Person aus der TK ist unverzüglich der Envivas mitzuteilen.

Das Versicherungsverhältnis wird in diesem Fall mit den für die Einzelversicherung gültigen Beiträgen fortgesetzt, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit des Tarifs weiterhin erfüllt.

## 5. Beschränkung der Vertretungsmacht der TK

Die TK ist nur ermächtigt und bevollmächtigt, Anträge auf Abschluss und Änderung von privaten Zusatzversicherungsverträgen der Envivas entgegenzunehmen. Die TK ist nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im Namen der Envivas die privaten Zusatzversicherungsverträge abzuschließen oder rechtsgeschäftliche Erklärungen abzugeben. Die TK ist ebenfalls nicht ermächtigt und bevollmächtigt, die von der Envivas ausgefertigten Versicherungsscheine und Nachträge zum Versicherungsschein im Namen der Versicherungsnehmer entgegenzunehmen und an diese weiterzuleiten. Die TK ist, auch soweit sie an der Aufnahme des Versicherungsantrags beteiligt sein sollte, darüber hinaus nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im laufenden Versicherungsverhältnis Prämien sowie Willenserklärungen und Anzeigen der Versicherten entgegenzunehmen. Prämien sind an die Envivas zu entrichten. Willenserklärungen und Anzeigen sind von den Versicherten gegenüber der Envivas in Textform abzugeben.







## Gesundheitsangaben (Die Fragen sind für alle zu versichernden Personen zu beantworten)

**Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf einige Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann z.B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ am Ende dieses Formulars.**

Ausgeheilte Erkrankungen sind ebenfalls anzugeben, auch wenn diese als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit angesehen wurden. Dies gilt auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden. Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Envivas unverzüglich in Textform mitzuteilen.

### Gesundheitsfragen

### Person 1

### Person 2

### Person 3

<b>1</b>	Wie groß und wie schwer sind Sie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		cm	kg	cm	kg	cm	kg		
<b>2</b>	Wurden in den letzten drei Jahren Behandlungen, Untersuchungen oder Tests (einschließlich Kontrolluntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere behandelnde Personen durchgeführt oder sind solche Behandlungen oder Untersuchungen beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
<b>3</b>	Bestehen noch Krankheiten (auch chronische) oder Beschwerden, Anomalien, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis C, Covid-19) oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
<b>4</b>	Haben in den letzten fünf Jahren stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

## Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Kündigung nicht zu. Unser Kündigungsrecht ist auch dann ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### Was ist für Sie sonst noch wichtig?

#### 1. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### 2. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Envivas Krankenversicherung AG, Gereonswall 68, 50670 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Robert Wehn  
Vorstand: Uli Rothaufe (Vorsitzender), Nils Heise, Daniel Spooren  
Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HRB 52059  
UST-ID-Nr.: DE811233765  
Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei.