

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland (U)

Fassung Januar 2026

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall (§ 1 Abs. 2) erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), in den Tarifen für stationäre Heilbehandlung jedoch nur dann, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,
c) Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche,
d) Tod,
e) die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz, sofern der Tarif Leistungen hierfür vorsieht.
f) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa und im außereuropäischen Ausland.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und der Gruppenversicherungsvertrag das zulässt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; eine gegebenenfalls 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, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 Abs. 3 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten

Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Dieser darf jedoch nicht vor dem Zeitpunkt des erstmaligen Zugangs des Anmeldeformulars beim Versicherer liegen.

Geht die Anmeldung erst im übernächsten Monat (oder später) nach dem erstmaligen Zugang des Anmeldeformulars beim Versicherer ein, gilt abweichend von Satz 1 und 2 als frühester Versicherungsbeginn das Datum des Eingangs der Anmeldung. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nur dann ab Beginn des Versicherungsschutzes geleistet, wenn sie dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und nicht durch besondere Vereinbarungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Nach Aushändigung des Versicherungsscheines eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Eine schriftliche Annahmeerklärung steht dem Versicherungsschein gleich.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Ab Geburt besteht in diesem Zusammenhang auch Versicherungsschutz für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. Die monatlichen Beitragsraten sind erst vom auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das ursprünglich festgelegte Versicherungsjahr nicht.

§ 3 Teilnahmeerklärung, Versicherungsschein

(1) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag haben die Hauptversicherten für sich und gegebenenfalls für die mitzuversichernden Personen auf dem Formblatt des Versicherers zu erklären; die gestellten Fragen sind für alle zu versichernden Personen vollständig zu beantworten.

(2) Der Versicherer stellt für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein aus.

(3) Hauptversicherte sind die nach § 1 Ziffer 1 eines Gruppenversicherungsvertrages versicherungsfähigen Personen. Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe

Anhang) und Kinder der Hauptversicherten sind, soweit Versicherungsschutz beantragt worden ist, mitversicherte Personen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, Krankenhausambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren zur ambulanten Heilbehandlung sowie im Tarif aufgeführten Leistungserbringern frei. Es dürfen auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (wie Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) erbracht werden, sofern diese nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltende Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind

(3a) Sofern ein Tarif Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen vorsieht, muss eine solche Anwendung ein Medizinprodukt der Risikoklasse I, IIa oder IIb sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den versicherten Personen oder in der Versorgung durch die in § 4 (3) genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

(4) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet werden. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden. Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nährmittel an.

(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Hierzu zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser. Sofern der Tarif dies vorsieht, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

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

Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden. Für die Erstattung von Sanatoriumskosten, soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ist Voraussetzung, dass die medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und vom Versicherer anerkannt wird.

Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich,

a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder

b) wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder

c) wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder

d) für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

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

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 € überschreiten werden, kann die versicherte Person in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Hauptversicherten oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der

Einsicht durch den Hauptversicherten 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. Hat der Hauptversicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend aus Tarifen mit Leistungen für allgemeine Krankenhausleistungen bei den ersten drei Entziehungsmaßnahmen (ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen bzw. Entziehungskuren) für stoffgebundene Suchterkrankungen geleistet, wenn
 - die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung,
 - die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungenerfolgt und der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat.

Keine Leistungspflicht besteht bei Entziehungsmaßnahmen aufgrund von Nikotinsucht.

Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Bei stationären Entziehungsmaßnahmen ist der Versicherer unabhängig vom versicherten Stationärarif nur für allgemeine Krankenhausleistungen leistungspflichtig.

Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Bei der zweiten und dritten Entziehungsmaßnahme sind 80% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte.

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Hauptversicherten über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Dies gilt entsprechend für alle anderen in diesen Bedingungen und im Tarif genannten Leistungserbringer.

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

(3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen-Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Versicherungsverhältnisse; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(6) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten und die Angabe der einzelnen Leistungen oder der Ziffern der Gebührenordnungen enthalten. Aus Krankenhausrechnungen muss ersichtlich sein, welche gesondert berechenbaren Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden bzw. welche Pflegeklasse aufgesucht wurde. Besteht noch eine anderweitige Versicherung so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

(7) Für die Erstattung folgender Kosten ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:

- a) bei Rücktransport nach Deutschland eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Rücktransports;
- b) bei Überführung nach Japan bzw. Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.

(8) Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

(9) Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§ 7 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist im Voraus zu entrichten und jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

(3) Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.

(4) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung in Deutschland dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser

Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag, sofern die Versicherungsfähigkeit noch besteht, ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Betreibungs-kosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist die versicherte Person so zu stellen, wie die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(5) Bei anderen als den in Abs. 4 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(8) Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer ihre Pflicht zur Beitragszahlung auf den Hauptversicherten übertragen hat und diese vom Hauptversicherten übernommen

wurde, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

§ 8 Beitragsberechnung

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

(2) In nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen wird bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

(4) Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

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

(6) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) - siehe Anhang § 150 VAG - der Alterungsrückstellung zusätzliche Beiträge zugeführt und verwendet.

§ 9 Beitragsanpassung

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

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß Satz 2 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen

kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 14 Abs. 13 Satz 2) sowie der für die Betragsbegrenzungen im Basis tarif erforderliche Zuschlag (§ 14 Abs. 15 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

In Tarifen, die die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsehen, hängt die Beitragshöhe und die zu bildende Alterungsrückstellung von den eingerechneten Wahrscheinlichkeiten für das vorzeitige Versicherungsende (§ 14 Abs. 1) ab. Diese können sich durch nicht vorhersehbare Einflüsse verändern. Der Versicherer vergleicht daher zumindest jährlich für jede Altersgruppe eines Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Wahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung in einer Altersgruppe eine zu hoch einkalkulierte Wahrscheinlichkeit, so kann der Versicherer alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

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

§ 10 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Ende der Versicherung

(1) Die Versicherung der einzelnen versicherten Personen endet

- a) bei Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis;
- b) bei Tod;
- c) bei Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten;
- d) bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
- e) bei Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung nach dem Standardtarif oder Basistarif mit Beitragsgarantie;
- f) mit der Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif aufgrund nicht vollständiger Bezahlung ausstehender Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten bei Krankheitskostenversicherungen, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen (§ 7 Abs. 4).

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine versicherte Person aus der Krankheitskostenversicherung oder aus einer dafür bestehenden Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist,

nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Hauptversicherte von diesem Recht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Hauptversicherte die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats abmelden, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Bei einer entsprechenden Abmeldung verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme einer Anmeldung auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und die Anmeldung zugleich mit der Abmeldung gestellt werden.

Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Die Versicherung endet dann – auch für schwelende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

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

(4) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung in Deutschland (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Abmeldung nach dem Abs. 1 c) und Abs. 3 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Abmeldung wird nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde mehr als zwei Monate nach der Beendigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(5) Bei Abmeldung einer substitutiven Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Hauptversicherte verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt folgendes: Der Hauptversicherte kann verlangen, dass der Versicherer die kalkulierten Alterungsrückstellungen der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

(6) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den vorhandenen Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurück behalten.

(7) Für die bei Beendigung der Versicherung einer versicherten Person laufenden Versicherungsfälle besteht eine Leistungspflicht des Versicherers für weitere vier Wochen, jedoch nicht über die vereinbarten Leistungen hinaus.

(8) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben diese das Recht, die Versicherung - sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind - nach den für Einzelversicherungen gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers als Einzelversicherung fortzusetzen, wenn die Versicherung nach diesem Gruppenversicherungsvertrag länger als drei Monate bestanden hat und wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden bei dem Versicherer beantragt wird. Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Bedingungen vereinbart werden.

(9) Endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1 f) aufgrund der Fortsetzung im Basistarif, besteht für die versicherten Personen kein Weiterversicherungsrecht nach Abs. 8.

(10) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen der Einzelversicherung angerechnet.

(11) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, einvernehmlich aufgehoben oder endet der Gruppenversicherungsvertrag wegen Unterschreitens der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Mindestpersonenzahl, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der

Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung, Aufhebung oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

(12) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Hauptversicherte und die mitversicherten Personen das Recht, ein von ihnen abgemeldetes Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.
Diese Fortsetzung ist spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu beantragen. Die Fortsetzung erfolgt in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung.

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

(14) Absatz 13 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 begründete Versicherungsverhältnisse.

(15) Der Hauptversicherte kann im Rahmen seines Versicherungsverhältnisses verlangen, dass versicherte Personen in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminde rung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden substitutiven Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 14 Abs. 13 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 16 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Hauptversicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der

Hauptversicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

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

(4) § 17 Nr. 3 gilt nicht, sofern die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Vertragsschluss in die Schweiz erfolgt.

(5) Klagen gegen den Versicherer können vom Versicherungsnehmer bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(6) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 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 anzugeben. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 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 Aufklärungsobligation 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.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der gelgenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in

einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltsstil für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

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

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zu grundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter

Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,

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

(2) Auf die substitutive Krankenversicherung ist § 138 Absatz 2 entsprechend anzuwenden. Die Prämien für das Neugeschäft dürfen nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden. Satz 2 gilt nicht für einen Prämienunterschied, der sich daraus ergibt, dass die Prämien für das Neugeschäft geschlechtsunabhängig berechnet wurden.

(3) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie Krankentagegeldversicherungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten nach § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

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

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

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

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem

Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

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

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragssrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen 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.

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehr aufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht

aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [SGB V]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Gültig ab 01.01.2009)

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären,

Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten Beitragssatzes nach § 241 und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Wichtige Informationen aus dem Gruppenversicherungsvertrag auf einen Blick

Stand August 2023

Sie erhalten hier einen Überblick über die allgemeinen Regelungen aus dem Gruppenversicherungsvertrag zu Ihrer Information. Ggf. abweichende Regelungen können sich aus den Vereinbarungen mit dem Versicherungsnehmer ergeben.

1. Begrifflichkeiten

- Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze (bspw. Ihr Arbeitgeber)
- Hauptversicherte sind Personen, die der im Gruppenversicherungsvertrag beschriebenen Gruppe angehören und uns gemeldet sind (also Sie).
- Mitversicherte Personen können Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder sein.

2. Anmeldebestimmungen

- Im Gruppenversicherungsvertrag werden Tarife / Tarifpakete festgelegt, nach denen Sie angemeldet werden können. Wenden Sie sich bei Fragen hierzu an den Versicherungsnehmer.
- Wir verpflichten uns, jede Anmeldung anzunehmen.
- Es wird außerdem festgelegt, ob eine Gesundheitsprüfung zu Beginn oder erst zum Zeitpunkt der Weiterversicherung stattfinden soll. Mit dieser können wir erhöhte Risiken bestimmen und ggf. Beitragszuschläge sowie Leistungsausschlüsse vereinbaren.

3. Beitragzahlung

- Im Gruppenversicherungsvertrag wird festgelegt, ob die Beitragzahlung durch Sie oder den Versicherungsnehmer erfolgt.

4. Versicherungsleistungen

- Der Versicherungsnehmer hat Sie zum Empfang der Versicherungsleistungen berechtigt, d. h. die Versicherungsleistungen können ausschließlich Sie verlangen. Das gilt jedoch nicht, wenn der Versicherungsnehmer sein eigenes Kostenrisiko abgedeckt hat und / oder Sie nicht in Vorleistung gegangen sind.
- Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer, insbesondere aus nicht bezahlten Beiträgen, rechnen wir nicht gegen Versicherungsleistungen auf, die Ihnen zustehen.

5. Laufzeit

- Der Gruppenversicherungsvertrag gilt zunächst bis zum 31.12. des ersten laufenden Jahres und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate dar vor gekündigt wurde.
- Bei Beitragserhöhungen steht dem Versicherungsnehmer ein außerordentliches Kündigungsrecht zu.
- Ihre Rechte hierzu, z. B. Weiterversicherungsrechte, sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

6. Schriftwechsel

- Der Schriftwechsel zum Gruppenversicherungsvertrag erfolgt zwischen uns und dem Versicherungsnehmer. Sollten Fragen jedoch ausschließlich Sie betreffen, können wir auch direkt mit Ihnen korrespondieren.
- Im Gruppenversicherungsvertrag werden die Postwege für ggf. notwendige Bescheinigungen (bspw. Versicherungsbestätigung oder Arbeitgeberbescheinigung) geregelt und, ob Sie die Versicherungsbestimmungen zeitnah von uns oder dem Versicherungsnehmer erhalten. Außerdem sind die Informationspflichten bei bedeutsamen Änderungen im Versicherungsschutz festgelegt.

General Conditions of the Group Insurance for temporary stays in Germany (U)

As per January 2026

§ 1 Object insured, Extent and Scope of Insurance Coverage

(1) The insurer grants insurance coverage for diseases, accidents and further occurrences mentioned in the contract. The insurer performs, if agreed upon, additional services in direct connection with the events insured against occurring. In case of the event insured against (§ 1 para. 2) the insurer reimburses costs for medical treatment and other services agreed upon.

(2) The event insured against occurs if a medical treatment of the person insured is necessary due to an illness or accident sequelae. The event insured against starts with the medical treatment and ends when the necessity for medical treatment according to the medical results is no longer given. If the medical treatment has to be extended due to a disease or accident sequelae originally not connected with the former treatment, this will be considered a new event insured against. The following will be considered an event insured against as well:

- a) examination and medically necessary treatment due to pregnancy and delivery,
- b) examinations for the purpose of early recognition of diseases (medical check-ups), if the person insured has taken out hospital coverage only, these examinations are only covered, if they have to be carried through in a hospital due to medical reasons,
- c) miscarriages and not illegal abortions,
- d) death,
- e) specialised outpatient palliative care and stationary care at a hospice, provided the tariff provides conditions for it.
- f) transitional care in hospital, if and insofar as the tariff provides benefits for this.

(3) The extent of the insurance coverage ensues from the insurance policy, further written agreements, the General Conditions of Insurance, the tariff, the group insurance contract as well as the legal regulations of the Federal Republic of Germany.

(4) The insurance coverage extends to medical treatment in Europe as well as outside Europe.

(5) The policy holder may demand the modification of the coverage in a similar coverage, if the person insured fulfils the conditions of the eligibility and if the group insurance contract provides for this coverage. The insurer accepts the application of modification within a reasonable time. The rights acquired remain the same; a possible old age reserve as per the technical bases of calculation for the higher risk in old age will be credited as per the calculation bases. If the new insurance coverage is higher or more extensive, a risk surcharge (§ 8 para 3 and 5) may be requested or an exclusion of coverage may be agreed upon for this higher part of coverage. This right of modification does not exist for qualifying period insurances and for suspension insurances, if the reason for the qualifying period or suspension is still given, this right does also not exist for limited insurance contracts. The change of the insurance coverage out of a tariff in which the premiums have been calculated without considering the sex into a tariff in which this is not the case is not possible. A modification of the insurance coverage into the tariff in case of predicament as per § 153 of the

German Trustee Investment Act (VAG – see appendix) is also not possible.

§ 2 Commencement of Insurance Coverage

(1) The insurance coverage will commence on the day mentioned on the application (commencement of insurance coverage). This time may not be before the day of first receipt with the insurer. If the insurer receives the application only in the month after next (or later) following the first receipt of the application form, the soonest possible commencement of insurance coverage will be the date of receipt of the application different from sentence 1 and 2.

Events insured against occurring before the inception date are only covered from the inception date on if the insurer has duly been informed and if these have not been excluded from the insurance coverage by special agreements. After the issue of the confirmation of insurance events insured against occurring are only excluded from the coverage if they occur before the inception date. A written declaration is equal to an insurance policy.

(2) New-born babies are under insurance coverage without any risk surcharges and without waiting periods from the completion of birth on, if on the day of birth one parent is insured with the insurer and if the application to the insurance is made within two months after the date of birth backdated to the day of birth. The monthly premium rates are only to be paid from the month on which follows the month of birth. From birth onwards, insurance coverage also exists in this context for all health issues, birth defects, as well as hereditary diseases and anomalies arising before completion of the birth. The extent of the insurance coverage must not be higher than that of one parent insured.

(3) The change of the insurance coverage within the period of the insurance contract does not alter the insurance year as agreed on the conclusion of the contract.

§ 3 Confirmation of Eligibility, Insurance Policy

(1) The main persons insured have to declare their eligibility as well as that of the persons to be co-insured on the form issued by the insurer; the questions are to be answered completely for all persons to be insured.

(2) The insurer issues an insurance policy for each main person insured.

(3) Main persons insured are the persons eligible according to § 1 para. 1 of the group insurance contract. The main person's spouse, homosexual partners as per § 1 of the German Lebenspartnerschaftsgesetz (*Law of Homosexual Partnerships* - see appendix) and children are co-insured persons, if insurance coverage has been applied for them.

§ 4 Scope of Obligation to Pay Benefits

(1) The type and amount of insurance benefits ensue from the General Conditions of Insurance and the tariff.

(2) The person insured may consult a physician or dentist of his own choice, who however has to be registered and may choose hospital ambulances and medical care centres for outpatient treatment as well as service providers listed in the tariff. He or she may also consult non-medical practitioners as per the German Non-Medical Practitioner Act (*Deutsches Heilpraktikergesetz*).

(3) If the tariff provides benefits for remedies, these must be provided by physicians, non-medical practitioners or members of medical staff or healthcare professionals (such as massage therapists, physical therapists, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, podiatrists, dietary assistants, oecotrophologists, nutrition scientists), provided they are licensed for the medical treatment according to the respective country of stay.

(3a) If a tariff provides benefits for digital health applications, such an application must be a medical device of risk class I, IIa or IIb whose main function is essentially based on digital technologies and must be intended to support the detection, monitoring, treatment or alleviation of illnesses or the detection, treatment, alleviation or compensation of injuries or disabilities in the persons insured or in the care provided by the service providers named in Article 4 (3) of the tariff conditions.

(4) Medicaments, dressings, remedies and aids must be prescribed by a person approved in (2). Certain medicine-like nutrients that are imperative in order to avoid serious health damage (e. g. in case of enzyme deficiency diseases, Crohn's disease and cystic fibrosis), are also considered as medicine and which are administered enterally or parenterally in particular.

(5) If a hospital treatment is medically necessary, the person insured may choose among public and private hospitals which are under permanent direction of a physician, have sufficient diagnostic and therapeutical facilities and maintain medical records. This also includes hospitals of the Federal Armed Forces.

If the tariff provides for this, the insurance cover also includes out-patient or in-patient follow-up treatment prescribed by a doctor and medically necessary in direct connection with in-patient treatment.

(6) The benefits of the tariff for a medically necessary hospital treatment in clinics which also carry through cures and sanatorium treatments, but which meet the conditions stated in (4) are only granted if the insurer has given his consent in writing before the commencement of the treatment.

In case of TB-diseases hospital treatment in a TB-sanatorium or clinics are covered up to the extent agreed upon in the contract. Sanatoria are institutions which are under the responsible direction and control of a permanently present doctor and in which cure treatments are carried through on an in-patient basis. The condition for a reimbursement of the costs for a stay in a sanatorium is, if the tariff provides benefits for that, the confirmation of the medical necessity by a doctor and that the insurer accepts it.

A written consent of the insurer is not required,

- a) in the event of an emergency admission resp. if the hospital is the only providing hospital in the vicinity of the insured and only medically necessary medical treatments are to be performed which require a hospitalisation and therapy, or
- b) if an accident or an acute disease occurs during a stay in a hospital, if this occurrence is independent from the original purpose

of treatment, and if this occurrence requires a medically necessary hospital treatment, or

- c) if it is about a medically necessary hospital treatment for a surgical intervention, or
- d) for the first 3 weeks of a medically necessary post-hospital curative treatment (Anschlussheilbehandlung) which begins within 28 days after an acute hospital treatment and must occur in a facility which is approved by a legal rehabilitation authority for the respective post-hospital curative treatment. A further requirement is that a written claim for benefits is made and granted (before the start of the post-hospital curative treatment) at a legal rehabilitation authority, provided this is fundamentally obligated to provide benefits. Insofar as benefits are authorised in this context, these are to be made use of first.

(7) According to the contract the insurer reimburses costs for medicaments, for treatments and for examinations mainly carried out according to orthodox medicine. Furthermore, the insurer reimburses the costs for methods applied and medicaments which have been tried and tested with good results or which have been used due to the fact that no orthodox methods or medicaments are available. However, the insurer may reduce his reimbursement to the amount of orthodox methods or medicaments.

(8) Before a medical treatment starts which possibly surpasses the amount of € 2,000, the person insured may ask in writing for more information about the extent of the insurance coverage for the envisaged medical treatment. The insurer will give the information within four weeks at the latest; if the carrying through of the medical treatment is urgent, the information is given immediately, at the latest within two weeks. The insurer considers the tentative treatment plan and the possible costs together with other documents. The delay starts with the receiving of the demand with the insurer. If the information is not given within the stated time, it is assumed that the envisaged medical treatment is necessary until the proof of the opposite.

(9) The insurer informs the main person insured or the person insured on demand about medical reports or opinions or gives access to these documents which the insurer has asked for the verification of the obligation to pay, if the medical treatment is necessary or not. If severe therapeutic reasons or other severe reasons are against that, the information or the access to the main person insured or the person insured may only be asked for that a named doctor or solicitor may be given the information or access. The claim may only be laid by the person concerned or his or her statutory representative. If the main person has received the report or the opinion on demand of the insurer, the insurer will reimburse the costs occurred.

§ 5 Limitations of Obligation to Pay

- (1) The insurer is not obliged to pay for
 - a) disease, their consequences included, accident sequelae and death which result from active participation in war or riots or which are recognized as an accident during the military service and which are not expressively included in the insurance coverage;
 - b) intentionally caused diseases and accidents, their consequences included, as well as for withdrawal, detoxification treatments included.

If the person insured has no further claims of reimbursement or

benefits in kind, the insurer may grant – differing in the tariffs – payment according to tariffs with benefits for general hospital treatment for the first three hospital addiction treatments (outpatient or inpatient withdrawal treatments resp. detoxification treatments) for substance addictions if

- the inpatient rehabilitation occurs in a facility approved by a legal rehabilitation authority for the respective rehabilitation measures,
- the outpatient rehabilitation occurs through professional services and facilities and the insurer has given his consent to pay in writing before the treatment commences.

There is no obligation to provide benefits for rehabilitation due to nicotine addition.

This consent may be made dependent on the assessment of success by a doctor chosen by the insurer. For inpatient rehabilitation measures, the insurer is only chargeable for general hospital services independently of the inpatient tariff.

For the first addiction treatment, 100% of the negotiated benefit is refundable. For the second and third addiction treatment, 80% of the negotiated benefit is refundable. The remaining 20% is refundable after completion of the rehabilitation, provided the completion was neither ended due to disciplinarian reasons nor ended prematurely without a doctor's approval.

c) treatment by doctors, dentists, non-medical practitioners and in hospitals or clinics whose invoices have been excluded from reimbursement by the insurer with good reason, if the event insured against occurs after the notification of the policy holder about the exclusion of benefits. If there is the occurrence of an event insured against while the policy holder is informed about the exclusion, the insurer is not obliged to pay for costs occurred after the period of three months after the notification; this correspondingly applies for all other service providers named in these conditions and in the tariff.

d) spa and sanatorium treatment as well as for rehabilitation measures provided by the public rehabilitation centres;

e) the accommodation due to the necessity of nursing care or keeping in such a resort.

f) treatments by spouses, homosexual partners as per § 1 of the German Lebenspartnerschaftsgesetz (Law of Homosexual Partnerships) (see appendix), parents or children; costs occurred for objects needed for the treatment are reimbursed according to the chosen tariff, if proof thereof is given;

(2) If the medical treatment or any other medical measure for which benefits have been agreed upon exceed the medically necessary extent, the insurer may reduce the benefits to a reasonable amount. If the expenses for medical treatment or other services are in a conspicuous disproportion to the services rendered, the insurer is not obliged to pay.

(3) If the person insured is entitled to benefits paid by the legal casualty insurance or the legal old-age pension scheme or to legal medical care or accident welfare work, the insurer is only obliged to pay benefits for those expenses which will remain necessary after pre-payment by the German National Health System – regardless of the person insured's claim for daily hospital indemnity.

(4) If the policy holder or the person insured may lay claims with several institutions obliged to pay, the total of reimbursements may not exceed the total of expenses.

§ 6 Payment of Insurance Benefits

(1) The insurer will only be obliged to pay benefits, if the requested and necessary proof is given. These documents will become property of the insurer.

(2) The insurer is obliged to pay benefits to the person insured, if the policy holder has named this person in writing or electronically as being legitimated for these benefits. If this condition is not met, only the policy holder may claim the benefits.

(3) The medical expenses occurred in foreign currency will be converted into Euro on the basis of the exchange rate of the day of receipt of the invoices with the insurer. The exchange rate is for traded currencies the official Euro exchange rate of the European Central Bank. For non-traded currencies, for which there are no reference rates, the latest exchange rate of the "Devisenkursstatistik" published by the Deutsche Bundesbank, Frankfurt am Main, is valid, unless the person insured proves that the exchange rate of the currency with which he or she has paid the invoice was more unfavourable due to a modification of the exchange modalities.

(4) Expenses for the remittance or for translations may be deducted from the benefits.

(5) Claims for insurance benefits may neither be assigned nor pledged. The prohibition of assignment pursuant to sentence 1 shall not apply to insurance contracts concluded on or after October 1, 2021; statutory prohibitions of assignment shall remain unaffected.

(6) The original invoices are to be submitted to the insurer. The names of the persons treated, the designation of the disease, the dates of treatment and the details of the services rendered as well as the corresponding numbers of the scale of charges are to be stated on the invoice. For hospital invoices please state the optional services separately chargeable as well as the chosen accommodation separately chargeable. If the person insured has taken out another insurance, the insurer will accept duplicates of the invoices, on which the benefits paid by the other insurance company are confirmed.

(7) In addition to the original invoice the insurer requires the following documents for reimbursement:

- a) in case of repatriation to Germany: a medical confirmation of the necessity of the repatriation;
- b) in case of repatriation to Japan or burial in the Federal Republic of Germany: a medical certificate about the cause of death.

(8) If the person insured has taken out several insurance contracts, the insurer acknowledges invoice copies on which the other insurance company has marked its benefits.

(9) Reimbursement of expenses occurred for medicaments, dressings and remedies can only be effected if the invoices thereof are submitted together with those of the treating person.

§ 7 Payment of Contributions

(1) The contribution is a monthly contribution. It is to be paid in advance and is due on the first of each month.

(2) If the person insured is applied for the health insurance coverage which is compulsory in Germany (§ 193 para. 3 of the *German Insurance Contract Law* (VVG – Versicherungsvertragsgesetz - see appendix) after one month of the obligation to have such insurance has occurred, a surcharge to the contribution of one monthly premium has to be paid for each month not insured after the time of obligation. One sixth has to be paid for each month not insured above the period of 6 months of non-insurance. If the period of non-insurance may not be calculated, it can be assumed that the person insured has not been insured for five years at least; times before 1 January 2009 are not considered. The surcharge has to be paid once in addition to the current premium. The policy holder may demand a deferment of the payment, if the interests of the insurer may be taken into account by the agreement of a reasonable part-payment. Interests of the amount paid in parts are paid.

(3) The first contribution is to be paid immediately after 2 weeks after the issue of the insurance policy.

(4) If the policy holder is in arrears of two months of premium payment when fulfilling his or her obligation of health insurance coverage in Germany (§ 193 para. 3 VVG – *German Insurance Contract Law* – see appendix), the insurer reminds him or her. The policy holder has to pay an interest on arrears of 1 % of the premium arrears for each month of the premium arrears. If the arrears of premiums, including the interests on arrears, are higher than one monthly premium two months after the reception of the reminder, the insurer reminds for the second time mentioning the possible suspension of the insurance coverage. If the premium arrears together with the interests on arrears are higher than one monthly premium one month after receiving the second reminder, the insurance contract is suspended from the first day of the following month on. During the suspension of the insurance contract the person insured is regarded as being covered according to the tariff in case of predicament as per § 153 VAG (see appendix). So far, the General Conditions of Insurance of the Tariff in case of Predicament (German AVB/NLT) are valid in the current version.

The suspension of the insurance coverage does not come into effect, if the person insured is or becomes needy in the sense of the Second or Twelfth Book of the Social Legislation Book. Without prejudice to that, the contract will be continued in the tariff in which the person insured has been covered before the coverage as per the tariff in case of predicament from the first day of the month after next, if all premium parts in arrears including the interests on arrears and the collection charges have been paid. In the cases of sentences 7 and 8 the person insured is to be treated as before the coverage in the tariff in case of predicament as per § 153 VAG (see appendix), apart from the used parts of old age reserve during the period of suspension. Possible modifications of premiums and changes of the General Conditions of Insurance Coverage of the tariff in which the person insured has been covered before the suspension are valid as of the day of continuation of the coverage in this tariff. The need of social assistance is to be proven by the respective carrier as per the *Second* or the *Twelfth Book Social Legislation*; the insurer may demand a new confirmation in reasonable intervals.

(5) In case of insurances not mentioned in para. 4 the fact that the first contribution or the following contributions are not paid in due time may lead to the insurance coverage be lost under the conditions of § 37 and § 38 VVG (*German Insurance Contract*

Law - see appendix). If the contribution or the part contribution is not paid in due time and if the policy holder has been reminded in writing or electronically, the policy holder is obliged to pay the collection fees – the amount ensues from the tariff.

(6) If the insurance contract ends before the expiry of the term of the contract, the insurer only gets the premium amount or premium rate equivalent to the period in which the coverage has been granted. If the insurance contract is terminated by withdrawal on the basis of § 19 para. 2 VVG (*German Insurance Contract Law - see appendix*) or by avoidance of the insurer because of fraudulent misrepresentation, the insurer only gets the premium amount or premium rate equivalent to the period up to the coming into effect of the withdrawal or avoidance declaration. If the insurer resigns, because the first premium or the first premium rate has not been paid in time, he may charge a reasonable fee for the business.

(7) The contributions are to be paid to the institution mentioned by the insurer.

(8) If and to what extent the top of the group insurance contract as policy holder has transferred the obligation of premium payment to the main person insured and this obligation has been accepted by the main person insured, the policy holder and the main person insured are subject to the same regulations.

§ 8 Calculation of Premiums

(1) The calculation of the premiums is effected as per the rules of the *German Trustee Investment Act* – VAG and is fixed in the technical basis of calculation of the insurer.

(2) For a modification of the premiums of tariffs calculated similarly as the tariffs of the life assurance as well as for a change of the insurance coverage the sex and the person insured's age or age group of the point of time of the modification are considered; in consideration of the gender, this is deemed not to apply for tariffs whose premiums are increased independently of gender. The entry age of the person insured is taken into account by crediting accruals for increasing risks for higher age groups according to the technical basis of calculation. An increase of the premiums or the reduction of benefits by the insurer because of the ageing of the person insured, however, is not allowed during the insurance, as far as these accruals have to be calculated.

(3) In case of modification of the premiums the insurer may change specially agreed risk surcharges accordingly.

(4) The age of the person insured as per the tariff is the difference between the year of birth and the calendar year in which the modification of premiums comes into effect.

(5) If in case of modifications of the agreement a higher risk exists, the insurer is entitled to an adequate surcharge for this new part of the insurance coverage in addition to the premium. This surcharge is calculated as per the principles of the insurer for the settlement of higher risks.

(6) To finance a qualifying period for reduction of the premiums in old age or to avoid or limit increases of premiums additional amounts are counted and spent to the accruals for higher risks in old-age as per the rules of the *Versicherungsaufsichtsgesetz* (*German Trustee Investment Act* – VAG) - see below § 150 VAG).

§ 9 Modification of Premiums

(1) Within the frame of the contractual commitments to pay benefits, the latter may be altered due to rising treatment costs, a higher demand of medical services or as a result of a higher life expectancy. The insurer compares at least once a year the required insurance benefits with the calculated insurance benefits and the probability of death according to the technical basis of calculation for each tariff. Should this difference for one group of insureds, which is observed, of a tariff be more than the percentage laid down in law or in the tariff, all contributions of this group will be checked by the insurer and – if necessary – be adjusted on the trustee's agreement. Under the same conditions a fixed deductible may be changed and a risk surcharge be altered accordingly.

Should this difference as per sentence 2 be more than 5% of the insurance benefits calculated in the technical basis of calculation, all tariff premiums of the group will be checked by the insurer and, if necessary, will be adjusted on the trustee's agreement.

In the course of a change of the premiums the required increase for the guaranteed contribution in the standard tariff (§ 14 para. 13, sentence 2) as well as the required increase for the limitations of amounts in the basic tariff (§ 14 para. 15 sentence 2) are compared with the respective calculated increases and - if necessary - adjusted.

In tariffs with adequate accruals for increasing risks for higher age-groups the amount of the contribution and the accruals to be fixed depend on the calculated probabilities of an early end of the insurance (§ 14 n° 1). These may change due to influences unforeseen. Therefore at least once a year the insurer compares in each age group of a tariff the required basis of calculation with the calculated probabilities of the technical calculation basis. Should this comparison result in a too highly calculated probability in one age group the insurer may check all contribution rates of this tariff and may adjust them on the trustee's agreement if need be.

(2) Premium modifications as well as changes of deductibles and possible risk surcharges agreed upon will come into effect on the beginning of the second month following the notification of the policy holder.

§ 10 Obligations

(1) The insurer is to be notified about each hospital treatment within 10 days after its beginning.

(2) The main person insured and the person insured legitimated for benefits (see § 6 n° 2) have to give every information which the insurer demands and which is required to establish the occurrence of the event insured or the insurer's obligation to pay benefits as well as the extent thereof.

(3) On the insurer's demand the person insured is obliged to see a doctor appointed by the insurer in order to be examined.

(4) If the person insured has a health insurance contract with another insurer or if the person insured makes use of the right to be insured within the statutory health insurance, the main person insured is obliged to inform the insurer about the other insurance contract immediately.

(5) As far as possible the person insured is obliged to minimize the damage and to refrain from all actions which may harm the convalescence.

§ 11 Consequences of a Violation of the Obligations

(1) The insurer is completely or partly released from the obligation to pay with the limitations mentioned in § 28 para. 2 to 4 VVG (*German Insurance Contract Law - see appendix*), if one of the obligations mentioned in § 10 para. 1 to 4 is violated.

(2) The knowledge and the default of a co-insured person are equal to the knowledge and default of the main person insured.

§ 12 Obligations and Consequences in case of Neglect of Duties in case of Claims against Third Parties

(1) If the main person insured or a co-insured person has compensation claims against third parties, he or she is obliged to assign these claims to the insurer in writing up to the compensation to be paid according to the insurance contract (reimbursement as well as in-kind benefits or services) without prejudice to the statutory assignment of claims according to § 86 VVG (*German Insurance Contract Law - see appendix*).

(2) The main person insured or a co-insured person has to protect such a claim or any right guaranteeing the claim taking into consideration the rules of form and periods and has to be involved in the implementation by the insurer as far as necessary.

(3) If the main person insured or a co-insured person neglects his or her duty mentioned in para. 1 and 2 intentionally, the insurer will not be obliged to pay in so far that he may not lay claims against third parties. In case of a grossly negligent violation of the obligation the insurer is entitled to reduce the benefits in relation to the severity of the negligence.

(4) If the main person insured or a co-insured person may lay a claim of repayment of already paid fees without a legal basis to the performer of services, which the insurer has reimbursed on the basis of the insurance contract, para. 1 to 3 are to be applied accordingly.

§ 13 Setoff

The policy holder or the main person insured can only set off the insurer's claims, if the cross claim is uncontested and is established of legal force.

§ 14 Termination of the Insurance Coverage

(1) **The insurance coverage for the individual persons insured ends:**

- a) at the omission of the eligibility;
- b) in case of death;
- c) on withdrawal from the group insurance contract to the end of any insurance year within three months' notice;
- d) if the group insurance contract is terminated;
- e) on withdrawal from the group insurance contract in order to continue the insurance according to the standard insurance plan with the guarantee of a maximum contribution;
- f) with the continuation of the insurance contract in the basic tariff due to no complete payment of outstanding parts of premiums, surcharges on overdue payment and collection costs of health insurances which serve to fulfil the obligation of health insurance coverage in Germany (§ 7 para. 4).

(2) **If a person insured becomes a statutory health insurance contributor by law, the main person insured may retroactively cancel the health insurance or an existing qualifying period insurance for this coverage for the person insured within**

three months after the beginning of the compulsory insurance. The cancellation of the coverage becomes invalid, if the main person insured does not give proof of the beginning of the compulsory insurance within two months after the insurer has requested him to do so in writing or electronically, unless the main person insured is not responsible for missing the notice.

If the main person insured makes use of this right, the insurer is only entitled to the contribution up to the date of the coming into effect of the compulsory insurance. After this period the main person insured may cancel the health insurance or an existing qualifying period insurance for this coverage to the end of the month in which the compulsory insurance comes into effect, if he or she gives proof. The insurer is entitled to receive the contribution up to the end of the insurance contract. The compulsory insurance is equal to the statutory claim of family insurance or the permanent claim of medical care of an employment as a civil servant or any similar employment.

For a corresponding cancellation, the insurer is obliged to accept an application for additional insurance without a renewed risk assessment and without renewed waiting times, provided additional insurance and legal insurance cover together do not exceed the previous scope of benefit. The additional insurance must begin immediately following the cancelled tariff and the application must be placed together with the cancellation.

In case of a cancellation in due course the health insurance coverage ends technically for the persons insured who become liable to the statutory health insurance and for the tariffs insured as per the end of the month in which the liability has become effective. The same applies for a co-insured person who is entitled to a family insurance due to the liability to the statutory health insurance. The contribution rates which fall due within the period of the commencement of the liability till the technical end of the insurance will be paid back or will be balanced with future health insurance contribution rates, if the insurance is continued. The insurance ends - even in case of pending events insured - on the date of the commencement of the liability; the insurer indicates that to the policy holder together with the confirmation of the cancellation.

(3) The main person insured may demand within two weeks after receipt of this declaration the termination of the remaining part of the insurance contract with effect of the end of the month in which he or she has received the declaration of the insurer, if the insurer contests, declares the withdrawal or the cancellation of the contract only for individual persons insured or tariffs, in case of cancellation to the time of validity.

(4) If the insurance contract serves to fulfil the obligation of health insurance coverage in Germany (§ 193 para. 3 VVG – *German Insurance Contract Law* – see appendix), the cancellation as per para. 1 c) and para. 3 requires that a new contract with another insurer is taken out for the person insured, which fulfils the requirements of the obligation of health insurance coverage. The cancellation only becomes effective, if the main person insured gives proof within two months after the cancellation that the person insured is covered with a new insurer without any interruption; if the point of time at which the cancellation has been expressed is more than two months after the declaration of the cancellation, the proof has to be given at this point of time

(5) In case of a cancellation of a substitute comprehensive health insurance coverage and a conclusion of a new substitute contract at the same time (§ 195 para. 1 VVG – *German Insurance Contract Law* – see appendix) the main person insured may demand that the insurer transfers to the new insurer the calculated old age reserve of the person insured at the amount of the value of transfer at the time of commencement of insurance coverage later than 31 December 2008 in the respective tariff according to § 146 para. 1 n° 5 of the VAG – *German Trustee Investment Act* (see appendix). This does not apply for contracts concluded before 1 January 2009.

The following applies for insurance contracts of the substitute health insurance which have been concluded before 1 January 2009: The main person insured may demand that the insurer transfers the calculated reserves for old age of the person insured at the amount of the part of coverage which corresponds to the benefits of the basic tariff to the new insurer, if the cancellation of the existing insurance contract is effected between 1 January 2009 and 30 June 2009, coming into force at the next possible date.

(6) If there are arrears of premiums at the time of cancellation of the insurance contract, the insurer may retain the existing value of transfer up to the time of complete payment of outstanding premiums.

(7) The insurer is obliged to pay for current events insured against for further four weeks after the termination of the contract, however only within the frame of the benefits agreed upon.

(8) If the insurance contract ends for individual persons insured, they have the right – should the conditions of the tariffs allow this – to continue the insurance coverage according to the same tariffs of the insurer's individual insurance plan under the condition that the group insurance coverage has been granted more than three months and that the continuation of the insurance coverage has been applied for with the insurer within the two months following the withdrawal from the group insurance contract. In case of higher benefits under insurance coverage special conditions may be agreed upon for these higher benefits.

(9) If the insurance contract ends as per § 14 n° 1 f) due to the continuation in the basic tariff, the persons insured have no right of continuation of coverage as per n° 8.

(10) In case of the changement into an individual insurance contract the period during which the person has been permanently insured within the frame of the group insurance contract will be counted to possible waiting periods of the individual insurance.

(11) If a group insurance contract is terminated by the insurer, terminated by mutual agreement or if the group insurance contract ends because the agreed minimum number of persons to be insured has not been reached, the persons insured have the right to continue the insurance coverage considering the rights out of the existing contract and the reserves for old age, if such have been acquired, under the conditions of the individual insurance. This is also valid if the policy holder cancels the contract, if no other policy holder is named. The persons insured are informed about this cancellation or

termination and the right of continuation of coverage in writing or electronically. The right of continuation of coverage ends two months after the time when the person insured has taken note of it.

(12) If the health insurance is practised as per the life assurance, the main persons and the co-insured persons have the right to continue an insurance contract cancelled in the form of a qualifying period insurance.

This continuation is to be applied for within 2 months after the termination of the insurance contract at the latest. The continuation is without any interruption to the previous coverage.

(13) The main person insured may demand that persons insured of the contract who fulfil the conditions of § 257 para. 2a n° 2, 2a and 2b SGB V (*German Social Legislation, Book V - see appendix*) in the version valid up to 31 December 2008 may change to the standard tariff with a guarantee of maximum premiums. To guarantee the maximum premiums a surcharge laid down in the technical calculation basis is added. As per the standard tariff the person insured may not take out another additional or comprehensive health insurance coverage - see n° 1 para. 5 and n° 9 of the conditions of the standard tariff. The change to the standard tariff is always possible when meeting the legal conditions; the insurance in the standard tariff commences on the first of the month following the application of the main person insured for a change into the standard tariff.

(14) Paragraph 13 does not apply for insurance contracts taken out as per 1 January 2009 and later.

(15) The main person insured may demand that persons insured of the contract may change to the basic tariff with the guarantee of a maximum contribution and reduction of premium in case of need of social assistance, if the first taking out of the contract of the existing substitute comprehensive health insurance has been effected 1 January 2009 and later or if the person insured has completed his or her 55th year or if he or she has not completed his or her 55th year, but fulfils the conditions for a claim of a pension of the statutory pension scheme and if he or she has laid a claim for such a pension or if he or she obtains a pension as per the government or similar regulations or if he or she is in need of social assistance as per the *Second or Twelfth Book of the Social Legislation*. To grant these limitations of contribution the surcharge laid down in the technical calculation basis is charged. § 14 para. 13 sentence 4 applies accordingly.

§ 15 Declarations of Intention and Information

Declarations of intention and notifications towards the insurer have to be done in writing or electronically.

§ 16 Jurisdiction

(1) The court of the place where the main person insured has his or her residence or if he or she has none the place of the usual stay has jurisdiction in legal actions of the insurance contract against the main person insured.

(2) Legal actions of the main person insured against the insurer may be entered to the court of the place of residence or usual stay of the main person insured or with the court of the legal domicile of the insurer.

(3) If the main person insured transfers his or her place of residence or usual stay in a country which is not part of the European Union or state of the European Economic Area or if his or her residence or usual stay is not known at the time of the filing of the action, the court at the place of the legal domicile of the insurer is responsible.

(4) § 17 para. 3 is not valid, if the residence or usual stay is transferred to Switzerland after the conclusion of the contract.

(5) Legal actions against the insurer may be brought to the court of the legal domicile of the insurer by the policy holder.

(6) Legal actions out of the insurance contract against the policy holder may be brought to the court of the residence or legal domicile or headquarters or branch of his business or commercial enterprise of the policy holder.

Reference to the consumer arbitration board Ombudsman Private Health and Nursing Care Insurance

Main persons insured who are not satisfied with decisions made by the insurer, or whose negotiations with the insurer have not led to the desired result, can turn to the Private Health and Nursing Care Insurance Ombudsman.

Ombudsman Private Health and Nursing Care Insurance
PO Box 06 02 22
10052 Berlin
Web: www.pkv-ombudsmann.de

The ombudsman for Private Health and Nursing Care Insurance is an independent arbitration board that works free of charge for consumers. The insurer has undertaken to participate in the arbitration proceedings.

Consumers who have concluded their contract online (e.g. via a website) can also submit their complaint online to the <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> platform. Your complaint will then be forwarded via this platform to the Private Health and Nursing Care Insurance Ombudsman.

Note: The Private Health and Nursing Care Insurance Ombudsman is not an arbitration board and cannot make binding decisions on individual disputes.

Reference to the insurance supervision

If main persons insured or policy holder are not satisfied with the service provided by the insurer or if disagreements arise during the processing of the contract, they can also contact the supervisory authority responsible for the insurer. As an insurance company, the insurer is subject to supervision by the German Federal Financial Supervisory Authority.

Federal Financial Supervisory Authority (BaFin)
Sector Insurance Supervision
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Mail: poststelle@bafin.de

Note: The BaFin is not an arbitration board and cannot make binding decisions on individual disputes.

Reference to the legal process

Regardless of the possibility of turning to the consumer arbitration board or the insurance supervisory authority, taking legal action is open to the main person insured or policy holder.

Appendix

German Insurance Contract Law Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 19 Duty to Disclose

(1) ¹The policy holder has to disclose the risks that are known to him before the declaration of contract which are decisive for the insurer to conclude the contract as per the contents agreed and for which the insurer has requested in writing or electronically. ²If the insurer asks questions in the sense of sentence 1 after the policy holder's declaration to conclude the contract, but before the acceptance of the contract, the policy holder is obliged to disclose in this respect.

(2) If the policy holder violates his or her duty to disclose as per para. 1, the insurer may withdraw from the contract.

(3) ¹ The insurer has no right of withdrawal from the contract, if the policy holder has not intentionally or grossly negligently violated the duty to disclose. ²In this case the insurer has the right to terminate the contract with a one month's notice.

(4) ¹ The insurer's right of withdrawal due to grossly negligent violation of the duty to disclose and his right of cancellation as per para. 3 sentence 2 are not valid, if he had concluded the contract in knowledge of the risks not disclosed, even if other conditions were the basis for this contract. ²At the request of the insurer the other conditions become part of the contract retrospectively, if the policy holder is not responsible for the violation of the duty from the current insurance period on.

(5) ¹The insurer only has the rights set out in para. 2 to 4, if he has advised the policy holder of the consequences of a violation of the duty to disclose by a separate communication in writing or electronically. ²The rights are not valid, if the insurer was aware of the risks not disclosed or the incorrectness of the disclosure.

(6) ¹If, in case of para. 4 sentence 2, a modification of the contract leads to an increase in the premium of more than ten percent or if the insurer excludes the coverage of the risks not disclosed, the policy holder may cancel the contract without notice within one month after having received the insurer's information. ²The insurer has to point out this right in the information to the policy holder.

§ 28 Violation of a Contractual Duty

(1) In case of a violation of a contractual duty that is to be fulfilled by the policy holder towards the insurer before the occurrence of an insured event the insurer may cancel the contract without any notice within one month of becoming aware of the violation, unless the violation is not intentional or grossly negligent.

(2) ¹If the contract determines that the insurer is not obliged to pay in case of a violation of a contractual duty to be fulfilled by the policy holder, he does not have to pay, if the policy holder has intentionally violated the duty. ²In case of a grossly negligent violation of this obligation, the insurer is entitled to reduce his liability to provide benefit in relation to the severity of the negligence of the policy holder; the burden of proof that no gross negligence is involved lies with the policy holder.

(3) Notwithstanding the provisions of para. 2, the insurer is obliged to pay, if the violation of a duty is not the cause of an occurrence or declaration of the insured event nor for the declaration or the extent of the insurer's obligation to pay benefits. ²Sentence 1 is not valid, if the policy holder has violated his duty fraudulently.

(4) The insurer's total or partial freedom to pay as per para. 2 ensues that in case of a violation of the duty to inform and disclose after the occurrence of an event insured, the insurer has pointed out the legal consequences to the policy holder in a separate note in writing or electronically.

(5) An agreement according to which the insurer is entitled to withdraw in the event of a violation of the contractual duty is not valid.

§ 37 Delay in Payment of the First Premium

(1) If the one-off payment or the first payment of the premium is not made in due time, the insurer is entitled to withdraw from the contract for as long as the payment is not made, unless the policy holder is not responsible for the non-payment.

(2) ¹If the one-off payment or the first payment of the premium has not been made when the insured event occurs, the insurer is not liable to provide benefit, unless the policy holder is not responsible for the non-payment. ²The insurer is not obliged to reimburse the costs, if he has informed the policy holder by a separate information in writing or electronically or by a conspicuous remark on the insurance policy of this legal consequence of the non-payment of the premium.

§ 38 Delay in Payment of Further Premiums

(1) ¹If a subsequent premium is not made in due time, the insurer may determine a period allowed for payment - which has to be at least two weeks in writing or electronically at the expense of the policy holder. ²The fixing of a period is only effective, if the outstanding amounts of the premium, interests and costs are itemised and if the legal consequences associated with the expiration of the period as per para. 2 and 3 are stated; for subsumed contracts the amounts are to be stated separately.

(2) If the insured event occurs after the expiration of the period and if the policy holder is in arrears with the payment of the premium or the interests or the costs, the insurer is not obliged to pay.

(3) ¹The insurer may cancel the contract without any period, if the policy holder is in arrears with the payment of the due premiums. ²The cancellation may be combined with the fixing of the period allowed for payment so that on the date of expiration of the period the cancellation becomes valid, if the policy holder is in arrears with the payment; the policy holder is to be informed expressly thereof with the cancellation. ³The cancellation becomes invalid if the policy holder pays within one month after the cancellation or if it has been connected with the term within one month after the expiration of the period; para. 2 remains unaffected.

§ 86 Transition of Damage Claims

(1) ¹If the policy holder has a claim against third parties, this right is transferred to the insurer as far as the insurer compensates the policy holder for the damage. ²This transfer cannot be asserted to the policy holder's disadvantage.

(2) ¹The policy holder has to protect his compensation claim or any right that serves to secure such claim, considering the applicable formal and deadline requirements and must where necessary cooperate to impose it by the insurer. ²If the policy holder intentionally violates this duty, the insurer is not obliged to pay as far as he may not get any compensation by third parties. ³In case of a grossly negligent violation of the duty the insurer is entitled to reduce his benefits in relation to the severity of the negligence of the policy holder; the burden of proof that no gross negligence is involved lies with the policy holder

(3) If the policy holder's compensation claim is directed towards a person with whom he or she is living in the same household at the time of the occurrence of the damage, the transition as per para. 1 cannot be asserted, unless this person has caused the damage intentionally.

§ 193 Person Insured; Obligation of Insurance Coverage

(3) ¹Each person with a German residence is obliged to conclude a health insurance contract with an insurance company that is permitted to conduct business in Germany for himself and for the persons he or she legally represents, if these persons are unable to take out policies for themselves. This health insurance coverage has to include reimbursement of the costs of out-patient and hospital treatment for each person to be insured and

have a limitation of absolute and percentage deductibles per person insured of not more than € 5,000 per calendar year. For persons insured with an allowance the possible deductibles may not be higher than € 5,000 taking into consideration the allowance percentage granted.² The obligation as per sentence 1 does not apply for persons who

1. are insured in the statutory health insurance or who are obliged to be insured in the statutory health insurance or
2. who have a claim for free medical care, are entitled for an allowance or similar claims or
3. who are entitled to benefits as per the German *Asylbewerberleistungsgesetz* – Law of Benefits for Asylum Seekers or
4. are recipients of current benefits as per the Third, Fourth, Sixth and Seventh Book of German Social Legislation – *Sozialgesetzbuch* – for the period during which they receive the benefits and during periods of interruption of benefits of less than one month, if the benefits have been granted before 1 January 2009.

³A health insurance contract agreed upon before 1 April 2007 fulfills the demands of sentence 1.

§ 195 Insurance Period

(1) ¹ The health insurance coverage which may replace completely or partly the health or nursing care insurance coverage of the statutory social system (substitute health insurance) is timely unlimited subject to para. 2 and 3 and § 196 and § 199. ²If the non-substitute health insurance is practised as per the life assurance, sentence 1 is valid accordingly.

German Trustee Investment Act Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 146 Substitute Health Insurance

(1) As far as the health insurance may replace completely or partly the health and nursing care coverage of the statutory social insurance system (substitute health insurance), it may only be practiced according to the life assurance in Germany on the condition of para. 3, considering that

1. the premiums are to be calculated on an actuarial basis, based on probability calculus, other relevant statistical data, above all considering invalidity and diseases probabilities, mortality rate, risk dependence of age and sex, probability of cancellation and considering safety margins and other surcharges as well as an actuarial interest,
2. old age reserves as per § 341 f of the German Commercial Law – *Handelsgesetzbuch* – are to be created,
3. the insurance contract excludes the ordinary right to terminate the contract of the insurance company, in the daily indemnity insurance this right is excluded from the forth year of coverage on at the latest as well as an increase of premiums is reserved,
4. the policy holder gets the right of changes of the contract in the insurance contract by changing into other tariffs with a similar coverage by taking into account the rights obtained during the contract period and the age reserves,
5. the insurance contract foresees the dispensing of the transfer value of this part of the insurance coverage which benefits correspond to the basic tariff in the sense of § 152 para. 1 when the policy holder changes to another private health insurance company – this does not apply to contracts concluded before 1 January 2009 and
6. the person interested in the coverage is to be handed out an official information leaflet of the Federal Institute which informs about the different principles of the statutory as well as the private health insurance, the receipt of the information leaflet is to be confirmed by the person interested.

(2) § 138 para. 2 is to be applied accordingly to the substitutive health insurance. The premiums for new business may not be less than the premiums for persons already insured of the same age without considering the old age reserve. Sentence 2 is not valid for a premium difference resulting of the fact that the premiums for new business are calculated without considering the sex.

(3) Substitute health insurance coverages with a fixed contract term as per § 195 para. 2 and 3 of the German Contract Law as well as daily indemnity insurances after the person insured's reaching the age of 65 as per § 196 of the German Contract Law may be calculated without old age reserves.

§ 149 Premium Surcharge in the Substitute Health Insurance

In the substitute health insurance, a surcharge of 10 % of the yearly zillmerized gross premium is to be charged at the latest with the beginning of the calendar year which follows the reaching of 21 years of age of the person insured and ending in the calendar year in which the person has reached the age of 60. This is to be transferred to the old age reserve as per § 341 f para. 3 of the German *Handelsgesetzbuch* (commercial law) and is to be used to reduce premiums in old age as per § 150 para. 3. All coverages with limited contractual periods as per § 195 para. 2 and 3 of the German Insurance Contract Law as well as tariffs which end regularly with the statutory retirement age as well as for the tariff in the state of need as per § 153 the sentences 1 and 2 are not valid.

§ 150 Credit for the Age Reserve; Direct Crediting

(1) The insurance company has yearly to credit the persons insured the interests of the surplus, which is totaled at the end of the previous business year, of the accruals for increasing risks for higher age groups of the health and voluntary nursing care (nursing costs and daily nursing indemnity) insurance contracts concerned which are calculated similar to standards applicable for the life assurance business. This credit amounts to 90 % of the average amounts lying above the interest rates in accordance with the books (overdraft interests of the investment incomes).

(2) The persons insured are to be directly credited the part of the amount of the paid premium surcharge as per § 149 which was calculated for the accruals as in para. 1 up to the end of the business year in which they reach the age of 65 every year in the full amount. The remaining amount is to be credited 50 % to the accruals for increasing risks for higher age groups of all persons insured every year. The percentage as of sentence 2 increases by 2 % every year up to the maximum of 100 % from the business year of the insurance company on which begins in the year 2001.

(3) The amounts of para. 2 are to be used for the financing of higher premiums out of increases of premiums or part of higher premiums of the persons insured from the age of 65 years on unlimitedly, if the existing funds are not sufficient for the full financing of the higher premiums. Amounts not used are to be taken for reducing the premiums for persons insured from the age of 80 years on. Value adjustments after that time are to be used for the immediate reduction of premiums. In the voluntary daily nursing care insurance, the general conditions of insurance may provide for respectively higher benefits instead of a reduction of premiums.

(4) The part of the calculated income from interest as per para. 1 which remains after the deduction of the amounts used as per para. 2 is to be used for a reimbursement of premiums not dependent on the outcome and to be used within three years to avoid or to limit premium increases or for the reduction of premiums for persons insured who have reached the age of 65 on the balance-sheet date. The reduction of premiums as per sentence 1 may be limited in so far as the premium of the person insured does not drop under the level of the original entry age; the part of the crediting not used has then to be credited as per para. 2 additionally.

§ 153 Tariff in Case of Predicament

(1) Non-payers as per § 193 para. 7 of the German Insurance Contract Law form a tariff in the sense of § 155 para. 3 sentence 1. The tariff in case of predicament only provides reimbursement of the costs for benefits

which are necessary for the treatment of acute diseases and pain conditions as well as for pregnancy and motherhood. Different from that the costs are reimbursed for check-ups for the early recognition of diseases for children and youngsters insured as per the statutory programs introduced and for vaccinations which the German Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (permanent vaccination commission at Robert-Koch-Institut) recommends as per § 20 para. 2 of the Infection Protection Law.

(2) For all persons insured as per the tariff in case of predicament a unique premium is to be calculated, furthermore § 146 para. 1 number 1 and 2 are valid. The tariff in case of predicament grants benefits of 20, 30 and 50 % of the insured treatment costs for persons insured whose contract only provides the reimbursement of certain percentages of the costs occurred. § 152 para. 3 is valid accordingly. The calculated premiums of the tariff in case of predicament must not be higher than necessary for the costs for the events insured occurring in this tariff. Surplus costs which are occurring for the granting of the limitations mentioned in sentence 3 are to be split over all policy holders of an insurer who are covered to fulfil the obligation as per § 193 para. 3 sentence 1 of the German Insurance Contract Law. To the premium to be paid for the tariff in case of predicament the old age reserve is to be calculated in a way that up to 25 % of the monthly premium is paid out of the old age reserve.

*Social Legislation Fifth Volume
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
[SGB V]
-Extract-*

**§ 257 Grant for Premiums for Employees
From 1 January 2009 on**

(2) ¹Employees who are insured with a private health insurance company because their yearly income is above the German *Jahresarbeitsentgeltgrenze* (yearly upper limit of assessment valid for persons since 1 January 2003) or who are exempt from the compulsory insurance as per § 6 para. 3a or who are not compulsorily insured and who may claim insurance benefits for themselves and their family members, who would be insured as per § 10 in case of compulsory insurance of the employee, which correspond in kind to the benefits of this book, get an employer's grant. ²The grant is calculated on the basis of half the amount of the contribution reduced by 0.9 contribution rate points as per § 241 and in the compulsory insurance, the contribution payable from income as per § 226 para. 1 sentence 1 n° 1, , however a maximum of half of the amount which the employee has to pay to his or her health insurer. ³For employees who would not have any claim for sick pay in case of a compulsory insurance the contribution rate as per § 243 is applied instead of that specified in § 241. ⁴In situations where a short-time allowance is being paid, the grant is the amount that the employer would have to contribute in the employee compulsory insurance as per § 249 para. 2, but no more than the amount that the employee has to pay for his/her health insurance. ⁵Para. 1 sentence 2 is valid.

(2a) ¹The grant as per para. 2 will only be paid for a private health insurance with effect from 1 January 2009, if the insurance company meets the following conditions:

1. the health insurance is operated according to the life assurance,
2. it offers a basic tariff in the sense of § 12 para. 1a of the German Trustee Investment Act (*Versicherungsaufsichtsgesetz*),
3. as far as there are already persons insured in the unique standard tariff of all health insurance companies in the sense of § 257 para. 2a in the version valid up to 31 December 2008, it obliges to stick to the obligations mentioned in § 257 para. 2a in the version valid up to 31 December 2008 as far as the standard tariff is concerned,
4. it obliges to use the majority of the surpluses of the insurance business concluded by itself in favour of the persons insured,
5. it renounces the ordinary right of cancellation,
6. it does not operate the health insurance together with that from other insurance sectors, if the insurance company has the headquarters in the jurisdiction covered by this law.

² Every three years, the policy holder has to hand out to his or her employer a confirmation from the insurance company that the supervisory authority has confirmed that the insurance company of the respective insurance contract operates according to the conditions mentioned in sentence 1.

German Law of Homosexual Partnerships - Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form and Conditions

(1) ¹Two persons of the same sex set up a civil union if they personally and in each other's presence declare before a registrar that they wish to enter into a civil union (companion for life). The declarations may not be subject to a condition or a time limit.

(2) The registrar should ask each person in turn whether they wish to establish a civil union. If both persons respond in the affirmative, the registrar shall declare that the civil union is now established. The establishment of a civil union can take place in the presence of up to two witnesses.

(3) A civil union cannot become established in law if

1. a person is minor or married or already entered into a civil union with another person;
2. the persons are directly related to each other;
3. the persons are brothers and sisters or half-brothers and half-sisters;
4. the partners agree when entering into the civil union that they do not wish to accept any of the obligations set out in § 2.

(4) ¹Out of the promise to set up a homosexual partnership no setting up of this partnership may be sued.²§ 1297 para. 2 and § 1298 and § 1302 of the German *Bürgerliches Gesetzbuch* – civil law – are valid accordingly.

The Most Important Information of Your Group Insurance Contract at a Glance

As per August 2023

Below you get a survey of the general regulations of your group insurance contract for your information. Possible different regulations may be in the agreements with the policy holder.

1. Terms

- Policy holder is the head of the group (e. g. your employer).
- Main persons insured are persons who belong to the group as mentioned in the group insurance contract and who have been reported to us (that is you).
- Co-insured persons may be spouses, life partners, partners in a marriage-like community and children.

2. Regulations of Application

- The group insurance contract regulates the tariff plans/plan packages for which you may be applied for. Please contact the policy holder for further questions.
- We commit ourselves to accept every application.
- It is also ruled, if a check of the state of health shall be carried through at the beginning or only at the time of continuation of coverage. This check may regulate that there are higher risks and that possibly risk surcharges as well as exclusions of benefits will be agreed upon.

3. Payment of Premiums

- The group insurance contract regulates, if you or the policy holder will effect the payment of premiums.

4. Insurance Benefits

- The policy holder has regulated in the group insurance contract that you are entitled to receive the insurance benefits, that is that only you will receive the insurance benefits. However, this does not apply, if the policy holder has covered his or her own cost risk and / or you have not made an advance payment.
- We do not offset any claims towards the policy holder, especially as far as outstanding premiums are concerned with insurance benefits, for which you are entitled for.

5. Duration

- The group insurance contract is valid for the first year till the 31 December and may be prolonged for another year, if it has not been cancelled 3 months before at the latest.
- In case of modifications of premiums the policy holder has an extraordinary right to cancel the contract.
- Your rights, such as the right of continued coverage, are laid down in the General Conditions of Insurance.

6. Correspondence

- The correspondence in connection with the group insurance contract is effected between us and the policy holder. However, if questions do only concern yourself, we may also correspond directly with you.
- The group insurance contract regulates the mailing for possible necessary certificates (confirmation of insurance or employer's confirmation) and if you promptly receive the insurance regulations by us or by the policy holder. Above that, the obligations of information in case of important modifications are regulated in the insurance coverage.