

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MITGLIEDER GESETZLICHER KRANKENKASSEN TARIF FÜR STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der GKV versichert sind.

2. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei stationärer Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- stationären Behandlungen

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

außerdem bieten wir Ihnen zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen

- die Einschaltung von Spezialisten
- die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

3. Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 b) AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100% erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar nach
Tarifstufe KGZ 1: Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung
Tarifstufe KGZ 2: Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.
Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von
25 EUR für Tarifstufe KGZ 1 und von
20 EUR für Tarifstufe KGZ 2
gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 d) AVB).
- b) Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Abs. 8 Buchst. a AVB erstattungsfähige Aufwendungen, werden diese ebenfalls zu 100% erstattet.
Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen.
Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach 3. a) infrage.
- c) Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die vom Versicherten kraft Gesetzes zu übernehmenden Zahlungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

SERVICEPRODUKT BEST CARE

SERVICEVERSICHERUNG zu Stationärtarifen (vgl. § 5)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

im Folgenden erhalten Sie die Versicherungsbedingungen für die Serviceleistungen von Best Care zu Ihrem stationären Versicherungsschutz im Sinne von § 5 dieser Bedingungen.

Mit diesem Serviceprodukt soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der medizinische Behandlungserfolg auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik abhängt. Deshalb ist es wichtig, im Ernstfall nicht nur eine gute Absicherung bezüglich der Behandlungskosten zu haben, sondern auch schnellstmöglich Zugang zu renommierten und anerkannten Experten für das spezifische Krankheitsbild zu erhalten.

Mit diesem Serviceprodukt decken wir diesen vorstehend skizzierten Bedarf bzgl. ausgewählter Diagnosen ab. Die Auswahl der Diagnosen erfolgte vor allem danach, bei welchen Erkrankungen die Qualifikation und die Erfahrung der Ärzte sowie die Wahl der eingesetzten Technologien eine besondere Bedeutung für den Behandlungserfolg und damit für Ihre Gesundheit haben. Wie Sie an den Diagnosen für Best Care bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres im Unterschied zu denen ab der Vollendung des 15. Lebensjahres sehen, kann dies je nach Alter verschieden sein, weil manche Erkrankungen schon hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens sehr altersspezifisch sind.

Haben Sie Fragen zu Best Care? Sie erreichen uns unter:

DKV AG
Kundenservice Center
Stichwort "Best Care"
50594 Köln

Oder:

▪ rufen Sie uns an: Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer)

▪ faxen Sie uns: 01 80 / 5 78 60 00 (14 Ct/Min.*)

(*aus dem dt. Festnetz, max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

▪ senden Sie uns eine E-Mail: service@dkv.com

und geben Sie auch dabei unbedingt das **Stichwort "Best Care"** an, damit wir Ihnen umgehend helfen können;

▪ werfen Sie einen Blick auf unsere Homepage: www.dkv.com

Selbstverständlich stehen wir Ihnen gerne unter den o.g. Adressen bzw. Nummern auch bezüglich sonstiger Fragen, z.B. zu anderen DKV-Produkten, zur Verfügung. In solchen Fällen müssen Sie das o.g. Stichwort natürlich nicht angeben.

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln

§ 1 Allgemeine Grundsätze zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
2. Best Care ist ein gegenüber dem zugrunde liegenden Krankenversicherungsschutz (vgl. § 5) insoweit unabhängiges Versicherungsverhältnis, als in den Fällen, in denen Best Care endet (vgl. § 9), dies kein Beendigungsrecht für die Krankenversicherung nach sich zieht. Vgl. aber § 9 Ziff. 4 a.
3. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Wann liegt ein Versicherungsfall bzgl. Best Care vor, so dass die Leistungen nach § 3 in Anspruch genommen werden können?

1. Die Leistungen nach § 3 setzen voraus, dass ein Krankenversicherungsschutz nach § 5 besteht und eine Diagnose bzgl. einer der in den nachstehenden Tabellen (§ 2 Ziff. 3) aufgeführten Erkrankungen fachärztlich gesichert ist. Sofern eine Best Care-Erkrankung erst im Rahmen der ihr in der jeweiligen Tabelle nach § 2 Ziff. 3 zugeordneten Therapie sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht ausreichend.

Weiterhin müssen die diesen Krankheitsdiagnosen in den Tabellen zugeordneten Therapien von dem entsprechenden Facharzt zumindest als mögliche Behandlungsalternativen bewertet worden sein. Die in den Tabellen aufgeführten Therapien umfassen allerdings keine Transplantationen.

2. Der Nachweis bzgl. des Vorliegens der o. g. Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von ärztlichen Befunden zu erbringen, die mit dem nach außen deutlich sichtbaren **Stichwort "Best Care"** gekennzeichnet sind (bei Briefpost Stichwort bitte auf Umschlag und Arztbericht vermerken). Die Übermittlung hat in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail - siehe unbedingt S. 1 und § 13 Ziff. 2 b) - zu erfolgen. Diese ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zunamen der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes. Diese Unterlagen werden unser Eigentum. Vgl. im Übrigen § 13.
3. Bei den Best Care-Diagnosen und -Therapieindikationen handelt es sich um Folgende:

a) Bis Vollendung des 15. Lebensjahres:

Diagnose	Mögliche Therapie	Fachrichtung
1. Operationsbedürftige angeborene Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, Herzfehler)	Operation	Kinderchirurgie
2. Für das Kindesalter typische bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Knochenkrebs)	Operation und/oder Chemotherapie	Kinderchirurgie, Onkologie
3. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z.B. Leukämien, maligne Lymphome)	Stationäre onkologische Behandlung	Hämato-Onkologie
4. Stationär behandlungsbedürftige Drüsen- und Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsenunterfunktion, Mukoviszidose, insulinpflichtige Zuckerkrankheit)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderchirurgie, Kinderendokrinologie
5. Stationär behandlungsbedürftige Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale)	Stationäre Behandlung	Kinderpulmologie
6. Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Krampfanfallleiden)	Stationäre Behandlung	Kinderneurologie
7. Stationär behandlungsbedürftige chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderchirurgie
8. Stationär behandlungsbedürftige Hauterkrankungen (z.B. schwere Formen von Neurodermitis)	Stationäre Behandlung	Kinderarzt
9. Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen der Knochen und Gelenke (chronisch rheumatische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen des Knorpels, z.B. Morbus Perthes)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderorthopädie
10. Stationär behandlungsbedürftige Folgen von Unfällen und Vergiftungen (z.B. Knochenfehlstellungen, Verätzungen der Speiseröhre)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderorthopädie, Kinderchirurgie

b) Ab Vollendung des 15. Lebensjahres:

Diagnose	Mögliche Therapie	Fachrichtung
1. Koronare Herzkrankheit mit Indikation zur Bypass-Operation	Bypass-Operation mittels Venen oder Arterien	Herzchirurgie
2. Operationsbedürftiger Herzklappenfehler (z.B. Aortenstenose, Mitralsuffizienz)	Operativer Klappenersatz	Herzchirurgie
3. Operationsbedürftige Verengung der Halsschlagader (z.B. Stenose der Arteria carotis interna)	Operation	Gefäßchirurgie
4. Operationsbedürftige Erweiterung der Hauptschlagader (z.B. thorakales oder abdominales Aortenaneurysma)	Operation	Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie
5. Bandscheibenvorfall (z.B. Nucleus pulposusprolaps der Hals- oder Lendenwirbelsäule)	Operation	Orthopädie/Neurochirurgie
6. Kreuzbandriss des Kniegelenks	Operation	Orthopädie
7. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z.B. Leukämien, maligne Lymphome)	Stationäre onkologische Behandlung	Internistische Hämatologie
8. Bösartige Tumorerkrankungen der Brustdrüse (z.B. Mammakarzinom)	Operation	Gynäkologie
9. Bösartige Tumorerkrankungen des Brustraums (z.B. Bronchialkarzinom)	Operation	Thoraxchirurgie
10. Bösartige Tumorerkrankungen der Speiseröhre und des Magen-Darmtraktes (z.B. Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom)	Operation	Viszeralchirurgie
11. Bösartige Tumorerkrankungen der Nieren und der Harnwege (z.B. Nierenkarzinom, Blasenkarzinom)	Operation	Urologie
12. Bösartige Tumorerkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (z.B. Prostatakarzinom, Hodenkarzinom)	Operation	Urologie
13. Bösartige Tumorerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z.B. Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom)	Operation	Gynäkologie
14. Tumorerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (z.B. Meningeom, Glioblastom)	Operation	Neurochirurgie

Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der o. g. Diagnosen und/oder Therapien gemäß § 19 Ziff. 1 b angepasst werden.

4. Außerdem wird für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, nicht geleistet (vgl. auch § 10). Ein Versicherungsfall beginnt mit der ersten auf die Erkennung einer Best Care-Erkrankung (vgl. § 2 Ziff. 1) gerichteten ärztlichen Untersuchung.
5. Als Schnittstellenregelung für die beiden Diagnosetabellen aus § 2 Ziff. 3 gilt:
 - a) Wird ausnahmsweise vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach § 2 Ziff. 3 b aufgeführt ist, so können dennoch die Leistungen aus § 3 in Anspruch genommen werden. Werden solche Leistungen erbracht, entfällt jedoch das Kündigungsrecht nach § 7 Ziff. 4 bzgl. des Beitragsprunges von der Altersgruppe „bis 14 Jahre“ in die Gruppe „ab 15 bis 49 Jahre“.
 - b) Wird nach Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach § 2 Ziff. 3 a aufgeführt ist, werden wir auf Wunsch zeitnah einen Experten benennen und mit diesem einen Termin vereinbaren. Ein Anspruch auf die Leistungen gemäß § 3 besteht jedoch nicht.

§ 3 Die Leistungen des Serviceproduktes Best Care im Versicherungsfall (§ 2)

Liegen die Voraussetzungen gemäß § 2 vor, gilt bzgl. der Leistungen aus Best Care Folgendes:

1. Organisation der Behandlung

a) Wir organisieren für Sie auf der Grundlage des Best Care zugrunde liegenden Krankenversicherungsschutzes (vgl. § 5) die Durchführung der in der jeweiligen Tabelle gemäß § 2 Ziff. 3 aufgeführten Operation durch einen Experten (vgl. § 3 Ziff. 4). Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in der endgültigen Festlegung der Therapie, ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

Dabei wird zugesichert, dass

- entweder die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

innerhalb von fünf Werktagen außer Samstag erfolgt, nachdem unser Kundenservice Center die erforderlichen Nachweise gemäß § 2 Ziff. 2 erhalten hat.

Die Fünftagefrist beginnt an dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem die o. g. Nachweise unserem Kundenservice Center zugegangen sind.

Sollten Sie nicht transportfähig sein, beginnt die Frist erst an dem Tag zu laufen, an dem Sie unserem Kundenservice Center die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen. Vgl. aber auch § 13.

Auf Wunsch erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über den Fristbeginn und seine Berechnung.

b) Besteht die Expertenleistung gemäß § 3 Ziff. 1 a in einer Operation und ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann diese durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen ist die Verhinderung dann, wenn der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

c) Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht aus Best Care kein Anspruch, dass nach der Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Best Care-Experten erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes (stationär, vgl. § 5, oder auch ambulant) ggf. auch von anderen Behandlern erbracht werden.

d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch unser Kundenservice Center (siehe S. 1). Diese umfasst u. a. Informationen über die Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Ihren Wunsch übernehmen wir auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Gesetzliche Krankenversicherung/GKV, anderer privater Krankenversicherer) zuständig ist.

Dieser Anspruch besteht ggf. neben bzw. ergänzend zu den Serviceleistungen aus den zugrunde liegenden Krankenversicherungstarifen.

2. Aufwandspauschale

Liegen die Voraussetzungen des § 2 vor, besteht der Anspruch auf eine

→ Aufwandspauschale* in Höhe von 500 EUR.

Diese wird immer dann gezahlt, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalls nachgewiesen ist (vgl. § 2), unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen gemäß § 3 in Anspruch genommen werden. Zur Auszahlung vgl. § 14.

* Diese Pauschale steht zur freien Verfügung. Sie kann ohne Kostennachweis insbesondere für Reise- und Transportkosten gemäß § 3 Ziff. 5 verwendet werden.

GKV-Versicherte, die nur für stationäre Behandlungen einen ergänzenden privaten Krankenversicherungsschutz abgeschlossen haben, können diese Pauschale auch zur Bezahlung von Aufwendungen für eine etwaige prästationäre Sprechstunde verwenden, soweit ihre Krankenkasse diese Kosten nicht übernehmen sollte.

3. Ersatzpauschale

Kann die Fünftagefrist gemäß § 3 Ziff. 1 a ausnahmsweise einmal nicht eingehalten werden, besteht hierfür Anspruch auf eine

→ Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR.

Zur Auszahlung vgl. § 14.

Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich die Leistungen aus § 3 Ziff. 1 a zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale gemäß § 3 Ziff. 3 besteht aber vor Ablauf der in § 3 Ziff. 6 genannten Fristen nicht.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

4. Best Care-Experten

- a) Experten im Sinne dieses Produktes sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnose renommiert und anerkannt sind und sich bei uns als Best Care-Ärzte vertraglich verpflichtet haben.

Uns steht es frei zu entscheiden, welche Experten wir als Best Care-Ärzte aufnehmen. Halten sich Experten nicht an die mit uns getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität), kann ihre Zugehörigkeit zu den Best Care-Ärzten entfallen. Dies beeinträchtigt aber in der Regel nicht die Möglichkeit, sich auch weiterhin von diesem Arzt behandeln zu lassen. Nur eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen von Best Care ist in diesem Fall nicht mehr möglich.

- b) Zur Feststellung, ob die als Best Care-Ärzte in Frage kommenden Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.
- c) Aus Best Care zu erbringende Leistungen für Experten werden unmittelbar zwischen uns und jenen abgerechnet.

5. Reise- und Transportkosten

Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten werden aus diesem Produkt nicht erstattet. Für derartige Aufwendungen kann die Aufwandspauschale gemäß § 3 Ziff. 2 u. a. verwendet werden.

6. Inanspruchnahmeberechtigung pro Versicherungsfall

- a) Ein erneuter Anspruch auf Leistungen gemäß § 3 besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens 12 Monate nach Ablauf der Fünftagefrist i. S. des § 3 Ziff. 1 a, sofern auch die sonstigen Voraussetzungen (§ 2) erfüllt sind.
Die 12-Monatsfrist gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles. Dieser liegt dann vor, wenn die Therapie auf eine Best Care-Erkrankung ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.
- b) Bzgl. der Diagnose "Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)" gilt das unter § 3 Ziff. 6 a Gesagte entsprechend mit der Ausnahme, dass ab der Vollendung des 15. Lebensjahres anstelle des Zeitraumes von 12 Monaten einer von 36 Monaten tritt.

§ 4 An welchem Ort werden die Expertenleistungen erbracht?

Durch die Auswahl der Experten (vgl. § 3 Ziff. 4 a) ergibt sich, wo die Leistungen gemäß § 3 Ziff. 1 a und b erbracht werden. Etwaige Wünsche Ihrerseits in Bezug auf eine mögliche Auswahl unter den Ihnen von uns genannten Experten/Orten der Leistungserbringung werden wir - soweit möglich - gerne berücksichtigen.

§ 5 Wer ist nach Best Care versicherungsfähig?

Versicherungsfähig nach Best Care sind Personen, für die neben Best Care ein stationärer Krankenversicherungsschutz mit der Absicherung von Aufwendungen für

- den Unterkunftszuschlag eines Ein- oder Zweibettzimmers
und
- wahl- und belegärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte oder darüber hinaus

besteht.

§ 6 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz kostet monatlich:

Alter	Unabhängig vom Geschlecht
bis 14 Jahre	4,50 EUR
ab 15 bis 49 Jahre	12,00 EUR
ab 50 Jahre	17,00 EUR

- Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (vgl. § 9 Ziff. 1).

Beispiel: Sind Sie am 12.9.1952 geboren und schließen am 1.4.2002 Best Care ab, zahlen Sie den für 50-Jährige geltenden Beitrag, obwohl Sie erst am 12.9.2002 Ihren 50. Geburtstag feiern, also erst dann Ihr 50. Lebensjahr vollenden.

- Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 49. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Vgl. auch §§ 7 Ziff. 4, 9 Ziff. 4 c.

§ 7 Kann sich der Beitrag nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

- Wir sind berechtigt, die nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Um diesen Beitragsänderungsgrund festzustellen, vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen; ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen; ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden.
- Die geänderten Beiträge werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
- Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen. Kein Kündigungsrecht besteht bei Beitragssenkungen. Vgl. auch § 9 Ziff. 4 c.
- Im Falle einer Beitragsänderung aufgrund steigenden Lebensalters gemäß § 6 Ziff. 3 können Sie das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach dieser Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht. Vgl. auch § 9 Ziff. 4 c.

§ 8 Wie erfolgt die Beitragszahlung?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an (siehe § 9 Ziff. 1) berechnet. Der Beitrag darf aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der monatlichen Beitragsrate zu zahlen. Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag.

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

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats. Bis zum Monatsersten gelten die Raten jeweils als gestundet.

Fällige Beiträge sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Wird der Beitrag im Lastschriftverfahren im Voraus gezahlt, geben wir einen Beitragsnachlass von:

- 3% bei einer Vorauszahlung für 12 Monate,
- 2% bei einer Vorauszahlung für 6 Monate.

Die Regelung zum Beitragsnachlass gilt nur für Zugänge bis zum 20.12.2012.

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

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns 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 von uns durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

2. Achtung: Wird der erste Beitrag oder werden spätere Beiträge nicht bzw. nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

Auszug aus dem VVG

§ 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.

3. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig, d. h. ihre Stundung wird aufgehoben, so dass auch hier dann die Regelung in § 8 Ziff. 2 gilt.
Die Raten gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

§ 9 Wie lange dauert der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn Sie ihn nicht fristgemäß gemäß § 9 Ziff. 2 kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Vertragsdauer gemäß § 9 Ziff. 1, mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

Wir hingegen verzichten auf dieses ordentliche Kündigungsrecht.

3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4. Sonstige Beendigungsgründe:

- a) Das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care endet mit der Beendigung des zugrunde liegenden stationären Krankenversicherungsschutzes (vgl. § 5) für die jeweilige betroffene versicherte Person.

Wird der zugrunde liegende Krankenversicherungsschutz in eine Anwartschaft umgestellt, muss auch Best Care entsprechend umgestellt werden, ansonsten endet Best Care mit Beginn der Anwartschaft für den Krankenversicherungsschutz.

- b) Das Versicherungsverhältnis endet auch im Falle Ihres Todes.
Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.
- c) Hinsichtlich der Beendigung durch Ihre Kündigung wegen einer Änderung der Beiträge oder der Versicherungsbedingungen verweisen wir auf § 7 Ziff. 3 und 4 sowie § 19 Ziff. 3. Vgl. auch § 9 Ziff. 5.

5. Wirksamkeit von Kündigungen und Recht zur Fortsetzung

- a) Wenn Sie die Versicherung einer versicherten Person kündigen, ist diese Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person von der Kündigung Kenntnis erlangt hat.

- b) Endet das Versicherungsverhältnis,

- weil Sie es insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen,
- aufgrund Ihres Todes (§ 9 Ziff. 4 b),

haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern die diesbezüglichen Voraussetzungen wie die Versicherungsfähigkeit gegeben sind. Eine solche Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Der Lauf dieser Frist beginnt ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 10 Ab wann können die Serviceleistungen in Anspruch genommen werden?

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, vgl. § 9 Ziff. 1), jedoch nicht vor

- Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und
- Ablauf der Wartezeiten (siehe § 11).

Vgl. auch § 2 Ziff. 4.

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer nach Best Care versichert ist, Best Care zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang geöffnet ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

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

§ 11 Wie lange ist die Wartezeit, bis die Leistungen erstmals in Anspruch genommen werden können?

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an (vgl. § 9 Ziff. 1). Sie beträgt drei Monate.

2. Die Wartezeit entfällt,

- a) bei Unfällen;

- b) für den Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Begründung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

Auszug aus dem LPartG

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

3. Die Wartezeit kann erlassen werden, wenn dies auf einem von uns bereit gestellten besonderen Vordruck beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird.
4. Personen, die aus einer GKV ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 10 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.

§ 12 Wann endet der Anspruch auf Leistungen?

Der Anspruch auf Leistungen aus Best Care endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Dies gilt auch dann, wenn eine Leistung gemäß § 3 vorher schon begonnen hat und noch nicht beendet ist.

§ 13 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

1. Folgende Obliegenheiten sind zu beachten:
 - a) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 14 Ziff. 2) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
 - b) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
 - c) Endet der zugrunde liegende Krankenversicherungsschutz (vgl. § 5) für Sie bzw. eine versicherte Person, haben Sie uns dies unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch, wenn dieser in eine Anwartschaft umgestellt wird. Vgl. auch § 9 Ziff. 4a.
 - d) Vgl. im Übrigen § 2 Ziff. 2.
2. Folgen von Obliegenheitsverletzungen:
 - a) Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Ziff. 1 a und b genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.
 - b) In den Fällen des § 2 Ziff. 2 verzögert sich die Leistungspflicht, bis die erforderlichen Nachweise erbracht sind. Wurde nur das **Stichwort "Best Care"** nicht in der vorgeschriebenen Weise auf den Nachweisen vermerkt (vgl. S. 1 und § 2 Ziff. 2), beginnt die Fünftagefrist gemäß § 3 Ziff. 1 a erst mit dem Zugang der Nachweise bei der für die Organisation des Best Care-Service zuständigen Stelle zu laufen.

Auszug aus dem VVG

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 14 Was ist in Bezug auf die Auszahlung von Geldleistungen zu beachten?

1. Bezüglich der Fälligkeit gilt, dass Geldleistungen nach diesen Bedingungen fällig sind, wenn die zur Feststellung des Anspruchs nötigen Erhebungen beendet sind:
 - Für die Aufwandspauschale nach § 3 Ziff. 2 ist dies der Fall, sobald die Voraussetzungen des § 2 durch uns festgestellt wurden.
 - Für die Ersatzpauschale nach § 3 Ziff. 3 ist dies der Fall, sobald die Überschreitung der in § 3 Ziff. 1 a definierten Fünftagefrist festgestellt wurde.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, soweit die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens Ihrerseits gehindert sein sollte.

2. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

§ 15 Wann sind Aufrechnungen zulässig?

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

§ 16 Können Sie Ihre Ansprüche gegen uns auf Dritte übertragen?

1. Sie können Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen aus diesem Produkt nicht auf Dritte übertragen.
2. Soweit Ihre Ansprüche Geldleistungen betreffen, können diese insbesondere weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 17 Was ist bei der Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform (z. B. auch E-Mail) vereinbart wird (wie in § 2 Ziff. 2 für die Übermittlung von ärztlichen Befunden).

§ 18 Gerichtsstand

1. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

§ 19 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie als Versicherungsnehmer folgt.

Zu solchen Veränderungen gehören insbesondere Änderungen:
 - a) von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
 - b) der Grundlagen, auf denen die Auswahl der Krankheitsdiagnosen und die ihnen zugeordneten Therapien in den Tabellen in § 2 Ziff. 3 beruhen.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Die Änderungen nach Ziffer 1 gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis bzgl. Best Care zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen. Vgl. auch § 9 Ziff. 4 c.
4. Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)