

Vorsorgeversicherung.

Wer vorsorgt, hat mehr vom Leben.



Kunden und Rating-Agenturen empfehlen die Württembergische Krankenversicherung AG.



Wüstenrot & Württembergische.
Der Vorsorge-Spezialist.



württembergische

Vorsorge ist die beste Medizin.

Vorsorge schützt.

Ganz selbstverständlich bringen wir unser Auto regelmäßig zur Inspektion. Durchgecheckt fahren wir es alle zwei Jahre zur Hauptuntersuchung. Und wie steht es mit dem eigenen Körper: Gehen Sie regelmäßig zum ärztlichen „Check-up“?

Vorsorgeuntersuchungen sind wichtig und können Leben retten. Deshalb bieten immer mehr Ärzte zu Ihrem Wohl – und bei Schwangerschaft auch zum Wohl Ihres Kindes – Untersuchungen an, die zur Früherkennung von Krankheiten wichtig sind. Dennoch kommen die gesetzlichen Kassen für diese Untersuchungen nicht oder erst ab einem bestimmten Alter auf. Ihr Arzt muss Ihnen die Leistungen, die die gesetzliche Kasse nicht übernimmt, in Rechnung stellen.

Vorsorge soll nicht am Geld scheitern.

Mit unserer Vorsorgeversicherung erweitern Sie Ihren gesetzlichen oder privaten Versicherungsschutz. Wir erstatten Vorsorgeuntersuchungen¹⁾, für die gesetzliche Krankenkassen nicht aufkommen und die sogar von manchen privaten Krankenversicherern nicht übernommen werden. Wir zahlen auch dann, wenn die Leistungen nicht im gesetzlichen Leistungskatalog enthalten sind.

Ohne Gesundheitsprüfung.

Vorsorge ist wichtig für jeden. Deshalb verzichten wir auf die sonst übliche Gesundheitsprüfung und bieten Ihnen für wenig Geld viel Leistung. Überzeugen Sie sich selbst.

¹⁾ Erstattungsgrenze siehe „Unsere Leistungen im Detail“.

Die Vorsorgeversicherung der Württembergischen.

Unsere Leistungen im Detail.

Wir übernehmen die folgenden Vorsorgemaßnahmen unabhängig vom Alter zu 80 %, maximal bis zu einem Erstattungsbetrag von 400 Euro innerhalb von zwei Jahren:

- **Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft**, z.B. Ersttrimester-Screening, Toxoplasmosestest, 3D-Ultraschalluntersuchungen.
- **Krebsfrüherkennung**, z.B. Mammographie, Sonographie als ergänzende Krebsvorsorge, Hautkrebsvorsorge, Prostatakrebsvorsorge einschließlich PSA-Test.
- **Spezielle Kinderuntersuchungen**, z.B. Neugeborenen Hör-Check, Schielvorsorge, erweiterte U9 Vorsorge sowie Jugendvorsorge J2.
- **Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen**, z.B. Schlaganfall-, Grüner-Star-, Osteoporose-, Schilddrüsen-Vorsorge, sportmedizinischer Gesundheits-Check.
- **Zahnmedizinische Vorsorge.**
Hierzu gehören professionelle Zahnreinigung, Fluoridierungsmaßnahmen, Fissurenversiegelung und Prothesenreinigung bei Zahnsteinbildung.
- **Reisemedizinische Beratung** und notwendige Reiseimpfungen, z.B. Hepatitis A-, B-Impfungen, Malariaphylaxe.

Entbindungspauschale.

Versicherte Frauen erhalten 150 Euro bei Geburt eines Kindes.



Wer vorsorgt, hat
mehr vom Leben.

Freie Krankenhauswahl.

Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl in Deutschland werden übernommen.

Zahnersatz bei Unfallereignis.

Sofern der Zahnersatz aufgrund eines zuvor erlittenen Unfalls medizinisch notwendig ist, erstatten wir 100 % der Restkosten für Zahnersatz bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), nach Abzug der Leistungen anderer Kostenträger.

Sehhilfen.

Wir erstatten für Brillen und Kontaktlinsen bis zu 125 Euro alle zwei Jahre. Ab dem 50. Lebensjahr erhöht sich der Anspruch auf 250 Euro alle zwei Jahre.

Auslandsreise-Krankenversicherung.

Wir leisten bei allen Auslandsreisen bis zu 6 Wochen Dauer für:

- Ärztliche Behandlungen.
- Arznei, Verband- und Heilmittel.
- Schmerzstillende Zahnbehandlungen.
- Stationäre Behandlungen einschließlich notwendiger Operationen sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus.
- Medizinisch notwendigen Rücktransport nach Deutschland.

Keine Leistungspflicht besteht für Heilbehandlungen, die einer der Gründe für die Auslandsreise waren.

Viel Leistung für wenig Geld.

Monatsbeiträge in Euro.¹⁾ (Stand: Januar 2011)

Alter	Mann	Frau
0 – 29	6,60	7,10
30 – 49	11,70	14,40
ab 50	20,90	21,10

1) Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem Sie das 30. bzw. 50. Lebensjahr vollenden, ist der für diese Altersgruppe gültige Beitrag zu bezahlen.



Vorsorgeversicherung.

Grundlagen Ihres Krankenversicherungsvertrages und weitere Informationen.

Württembergische Krankenversicherung AG
70163 Stuttgart

Stand: 1/2011



Wüstenrot & Württembergische.
Der Vorsorge-Spezialist.



württembergische

Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite
Produktinformationsblatt zum Tarif VS	4
Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick	6
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	9
Merkblatt zur Datenverarbeitung	10
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif VS (Vorsorgeversicherung)	13

Produktinformationsblatt zum Tarif VS

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Der angebotene Vertrag ist eine private Krankenversicherung. Grundlage sind die gesondert vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbedingungen sowie alle weiteren im Antrag genannten Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Erstattet werden Vorsorgeuntersuchungen und professionelle Zahnreinigung, Sehhilfen, Restkosten für Zahnersatzmaßnahmen nach Unfall und Mehrkosten für Regelleistungen bei freier Krankenhauswahl. Außerdem sind eine Entbindungspauschale von 150 Euro und der Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz eingeschlossen.

Nicht erstattet werden z.B. Kosten für ärztliche Heilbehandlungen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 1 sowie den Besonderen Bedingungen, den Tarifbedingungen, den Tarifen sowie Besonderen Vereinbarungen nach.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten können zusätzlich entstehen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet bezahlen?

Der Beitrag für den Tarif VS beträgt:

Eintrittsalter	Mann	Frau
0-29 Jahre	6,60 EUR	7,10 EUR
30-49 Jahre	11,70 EUR	14,40 EUR
ab 50 Jahre	20,90 EUR	21,10 EUR

Der Beitrag ist monatlich, jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins oder nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Falls Sie uns eine Lastschriftmächtigung erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes füh-

ren. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie von uns in Textform gemahnt, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 9 nach.

Mögliche sonstige Kosten:

Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr von 5,00 Euro je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Für die Vorsorgeversicherung (Tarif VS) gilt: Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen GOA bzw. GOZ nicht entsprechen. Dies gilt nicht für die eingeschlossene Auslandsreisekrankenversicherung.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, etwa eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 6 nach.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen – auch noch nach längerer Zeit – vom Vertrag zurücktreten. Das kann sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sollte sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.

Die Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland ist uns spätestens einen Monat nach dem erfolgten Umzug schriftlich anzuzeigen. Wir sind mit der in § 28 vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die oben genannte Obliegenheit verletzt wird.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 10, 11 und 12 nach.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht durch uns und ihres Umfangs erforderlich ist. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Wir sind mit den in § 28 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 10, 11 und 12 nach.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

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

trages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 2 und 8 nach.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Die Vorsorgeversicherung (Tarif VS) wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern Sie ihn nicht drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres schriftlich gekündigt haben. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 14 nach.

Für weiterhin bestehende offene Fragen stehen Ihnen Ihr Außendienstbetreuer oder die Mitarbeiter der Württembergischen Krankenversicherung gerne zur Verfügung.

Verbraucherinformationen auf einen Blick.

Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstr. 30, 70176 Stuttgart, Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift

Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Norbert Heinen (Vorsitzender), Ruth Martin

4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag/Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z.B. Ihr Alter), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der Rufnummer (Vorwahl aus dem Ausland für Deutschland) 180 11 22 300 zur Verfügung. Hierfür fallen derzeit 3,9 Cent pro Minute bei Anruf aus dem deutschen Festnetz an. Die Kosten bei Anruf aus dem deutschen Mobilfunknetz betragen höchstens 0,42 Euro pro Minute (die Abrechnung darf im deutschen Festnetz oder dem deutschen Mobilfunknetz höchstens im 60 Sekunden Takt erfolgen). Die Preise bei Anrufen aus dem Ausland können sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr von 5,00 Euro je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und im Produktinformationsblatt genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung.

längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags/ Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, E-Mail Adresse: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de, Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des

Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflorgetagegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Kranken- und privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungstarife, für Optionsstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung auf Risikobasis sowie die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis durch Sie innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Wirksamwerden der Änderung gekündigt werden. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.

16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend von den Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“ Kronenstraße 13, 10117 Berlin, eingerichtet. Weitere Informationen unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de, wenden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden.

Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung erhöhen und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Gültig seit 1. April 2010

Wichtiger Hinweis

Bitte bewahren Sie dieses Merkblatt auf, da es Bestandteil der Einwilligung ist, die Sie der Gesellschaft für die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten schriftlich erteilt haben und die auch für eventuelle künftige Verträge gilt.

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss.

Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. Bei Personenversicherungen, wie zum Beispiel der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung, ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechender Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

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

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim GDV und beim PKV-Verband zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen,
 - auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung;
- Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers;
- Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach

mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Versicherungen bei der Antragstellung

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs

Transportversicherer

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen.
- Außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch

Krankenversicherer

Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht.

Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen

5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe der Wüstenrot & Württembergische AG

Um Ihnen einen umfassenden Service anbieten zu können, arbeiten unsere rechtlich selbstständigen Unternehmen in der Gruppe zusammen.

Ferner sind zur Kostenersparnis einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso, die Datenverarbeitung, der Vertrieb oder die Kredit- und Mahnabteilung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. Ebenfalls werden u.a. auch Ihre Vertragsnummer, die Art der Verträge, ggfs. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt.

Dabei sind die sogenannten Kundenstammdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl,

bestehende Verträge) von allen Unternehmen unserer Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort die zuständige Stelle genannt werden.

Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von dem Unternehmen der Gruppe abfragbar, mit dem Sie eine Vertragsbeziehung haben.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der Unternehmensgruppe Wüstenrot & Württembergische AG gehören zurzeit folgende Unternehmen an, mit denen teilweise gemeinsame Datensammlungen bestehen oder in Zukunft entstehen sollen:

Wüstenrot&Württembergische AG,
Allgemeine Rentenanstalt
Pensionskasse AG,
Karlsruher Lebensversicherung AG,
Württembergische
Krankenversicherung AG,
Württembergische
Lebensversicherung AG,
Württembergische Versicherung AG,
Württembergische Rechtsschutz
Schaden-Service-GmbH,
Württembergische Vertriebservice GmbH,
Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank,
Wüstenrot Bausparkasse AG,
Wüstenrot Immobilien GmbH,
W&W Asset Management GmbH,
W&W Informatik GmbH,
W&W Service GmbH,
W&W Europe Life Limited,
WIT Services s.r.o.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Die Zusammenarbeit dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

Unser wesentlicher Kooperationspartner sind derzeit:

Landesbank Baden-Württemberg.

6. Betreuung durch den Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

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

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Sie zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen, so regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Ihr Versicherer verarbeitet und nutzt die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auch für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Sie können jederzeit dieser Verarbeitung und Nutzung widersprechen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS (Vorsorgeversicherung)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die in § 5 aufgeführten Leistungen. Der Versicherer ersetzt im Versicherungsfall die hierfür entstehenden Aufwendungen in dem Umfang und in der Höhe, die in § 5 Ziffern 1 bis 6 festgelegt sind.

(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, Schwangerschaftsabbruch, Entbindung und Sterilisation,

b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen,

c) Tod.

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

(4) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahrs. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

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

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Monate, für Entbindung und Psychotherapie beträgt sie acht Monate.

Die Wartezeiten entfallen

a) bei Unfällen,

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern Versicherungsschutz nach diesem Tarif innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird,

c) für Neugeborene und adoptierte Kinder, sofern der Antrag auf Versicherungsschutz nach diesem Tarif innerhalb von zwei Monaten nach Vollendung der Geburt oder der Adoption gestellt wird.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten steht frei.

(2) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 2 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

§ 5 Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum

Erstattungssatz 80 % für:

1. Vorsorgeuntersuchungen. Die Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen innerhalb Deutschlands werden bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 500 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren erstattet. Die maximale Erstattung beträgt demnach insgesamt 400 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Erstattet werden die Aufwendungen bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).
 - Vorsorge für Kinder und Jugendliche: Früh- und Vorsorgeuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr, wie z. B. Audio-Check, Schiellvorsorge, Kinder-Intervall-Check, Kindervorsorge U9a, U9b sowie Jugendvorsorge J2;
 - Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft, wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchung zwischen 6. und 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie;
 - Krebsfrüherkennung ohne Mindestalteranforderung, wie z. B. Mammographie, Sonographie als ergänzende Krebsvorsorge, Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test;
 - allgemeine Vorsorge, wie z. B. Gesundheits-, Hirnleistungs-Check, Schlaganfall-, Grüner-Star-, Osteoporose-, Schilddrüsen-Vorsorge;
 - reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen;
 - zahnmedizinische Vorsorge. Hierzu gehören ausschließlich professionelle Zahnreinigung, Fluoridierungsmaßnahmen, Fissurenversiegelung und Prothesenreinigung bei Zahnsteinbildung.

1) Das sind zurzeit der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M sowie nach der Nr. 437 der GOÄ der 1,15-fache Satz.

Erstattungssatz 100 % für:

2. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschaln. Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten und/oder einer Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Die tarifliche Leistung ist insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens 125 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Ab dem 50. Lebensjahr erhöht sich der Erstattungsanspruch auf insgesamt 250 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Soweit Leistungen aus einer anderen privaten Zusatzversicherung beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Entfällt die Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, besteht keine Leistungspflicht.
4. Zahnersatz nach Unfallereignissen. Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen, Brücken und Implantate, herausnehmbare Teil- oder Ganzprothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der dazugehörigen angemessenen Material- und Laborkosten. Erstattet werden diese Aufwendungen, sofern der Zahnersatz aufgrund eines zuvor erlittenen Unfalls medizinisch notwendig geworden ist.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten und/oder einer Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Besteht kein Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten oder Gesetzlichen Krankenversicherung, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Die zahnärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen GOÄ bzw. GOZ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur für die Zahnersatzmaßnahmen, die ursächlich im Zusammenhang mit einem Unfallereignis stehen, das nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintritt. Die Zahnersatzmaßnahme ist unmittelbar nach dem Unfallereignis durchzuführen.

Für Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme bzw. durch grob fahrlässiges Verhalten verursacht werden, besteht kein Versicherungsschutz.

5. Entbindungspauschale. Bei Entbindungen wird eine Entbindungspauschale von 150 Euro gezahlt.
6. Auslandsreisekrankenversicherung. Versicherungsschutz besteht bei akuten Erkrankungen, Unfällen und Todesfällen während vorübergehender Aufenthalte im Ausland für bis zu 42 Tage pro Auslandsaufenthalt. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat sowie Deutschland.

Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für:

- Ärzte (einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose);
- Arznei-, Verband- und Heilmittel. Arzneimittel müssen im Aufenthaltsland in einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetikmittel und ähnliches;
- medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;
- stationäre Behandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus;
- medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt, sofern ein Notfall vorliegt;
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen;
- medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus in Deutschland bzw. am ständigen Wohnsitz des Versicherten, wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht und im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- Überführungskosten bis 10.000 Euro beim Tod einer versicherten Person an deren letzten ständigen Wohnsitz.

Keine Leistungspflicht besteht für alle hier nicht als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbe-

sondere auch nicht für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren sowie für Heilbehandlungen, mit denen bei Beginn der Auslandsreise nach dem gewöhnlichen Verlauf der Reise zu rechnen war, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 3 entfallen bei der Behandlung im Ausland die Wartezeiten.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – spätestens mit Grenzüberschreitung ins Inland bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Er endet zudem mit dem Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise nach Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthaltes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

Soweit bei einem Versicherungsfall Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen privaten Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder innere Unruhen 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;
- c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

(3) Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen GOÄ bzw. GOZ nicht entsprechen. Dies gilt nicht für die Auslandsreisekrankenversicherung nach § 5 Ziffer 6.

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

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsverträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und das jeweilige Behandlungsdatum.

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

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

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Dieser ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung

einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

(2) Der erste Beitrag gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

(3) Der erste Beitrag oder die erste Beitragsrate ist unverzüglich (entfallen: nach Zugang des Versicherungsscheins oder) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten (entfallen: im Versicherungsschein angegebenen) Versicherungsbeginn.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten in Höhe von 5 Euro je Mahnung verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(5) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

§ 9a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

(2) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter der zu versichernden Person. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr. Es ist jeweils der Beitrag der Altersgruppe zu zahlen, die dem erreichten Alter entspricht.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. bzw. 50. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

(3) 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.

§ 9b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusagen können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Untersuchungs- und Behandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementspre-

chend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen) die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

(2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

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

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Die Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland ist dem Versicherer spätestens einen Monat nach dem erfolgten Umzug schriftlich anzuzeigen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Oblie-

genheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstellungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres schriftlich gekündigt hat.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Bei einer Beitragserhöhung nach § 9a (2) kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19

(1), so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung 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.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fort-

zusetzen. Dieser bestätigt dem Versicherer in schriftlicher Form, die Vertragspflichten zu übernehmen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Rückständige Beiträge sind nach zu entrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 206 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen, gilt § 14 Abs. 6 Sätze 1 und 3 entsprechend.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 18 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss 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.

§ 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 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 nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und

Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen 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.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

...

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) 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.

(3) 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.

Wir bieten jedem die Vorsorge, die zu seinem Leben passt.

Wüstenrot & Württembergische. Der Vorsorge-Spezialist.

Die vier Bausteine moderner Vorsorge:



Absicherung

Finanzielle Unabhängigkeit und Wohlbefinden heute und im Alter sichern



Wohneigentum

In den eigenen vier Wänden leben



Risikoschutz

Vermögen und Eigentum schützen



Vermögensbildung

Finanzielle Ziele sichern und Vermögen aufbauen



Württembergische Krankenversicherung AG
70163 Stuttgart
www.wuerttembergische.de



**wüstenrot
würtembergische**

Der Vorsorge-Spezialist

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Herr Frau Neukunde

Vorname und Zuname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon

Fax

Ja, ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss einer Vorsorgeversicherung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs VS zum Versicherungsbeginn 01

Versicherte Personen	Antragsteller selbst <input type="checkbox"/>	Monatsbeitrag
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum

Zahlweise monatlich oder vierteljährlich halbjährlich (2% Skonto) jährlich (4% Skonto)

Einzugsermächtigung.
Hiermit willige ich ein, dass

- der erste oder einmalige Beitrag sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn fällig ist.
- die Beiträge für diesen Versicherungsvertrag/diese Versicherungsverträge jeweils bei Fälligkeit und bis auf Widerruf von unten stehendem Konto einzuziehen sind.

Versicherungsleistungen der Württembergischen Krankenversicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart ist.

Bezeichnung des Geldinstituts und Ort

Kontonummer

Bankleitzahl

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Folgende Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrages sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Produktinformationsblatt
- + Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick (nach § 7 VVG)
- + Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- + Merkblatt zur Datenverarbeitung
- + Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Vorsorgeversicherung (Tarif VS)

Falls Unterlagen in elektronischer Form (z.B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Stand der Unterlagen: 1/2011

Wichtiger Hinweis Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtiger Bestandteil des Vertrags.

Beginn Versicherungsschutz Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz auch dann mit dem im Versicherungsschein angegebenen Tag beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt die Widerrufsfrist noch nicht abgelaufen ist.

Widerrufsbelehrung Sie können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung auf der Rückseite dieses Antrags.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift des Kunden

Beratungsprotokoll.
Gesprächsteilnehmer:

Grund der Beratung/Versicherungswunsch
 Ich möchte meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz optimieren und meine Belastungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich begrenzen.

Empfehlung und Begründung des Vermittlers
Für die im Antrag aufgeführten Personen wird eine Vorsorgeversicherung nach Tarif VS abgeschlossen.
Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der familiären Situation des Kunden. Der Leistungsumfang der Vorsorgeversicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen – erläutert.

Sonstiges

Abweichender Kundenwunsch

Kunden-Nr. VNR

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Mitwirkung

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Abweichende Abschluss-Agentur

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Herr Frau Neukunde

Vorname und Zuname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon

Fax

Ja, ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss einer Vorsorgeversicherung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs VS zum Versicherungsbeginn 01

Versicherte Personen	Antragsteller selbst <input type="checkbox"/>	Monatsbeitrag
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum

Zahlweise monatlich oder vierteljährlich halbjährlich (2% Skonto) jährlich (4% Skonto)

Einzugsermächtigung.
Hiermit willige ich ein, dass

- der erste oder einmalige Beitrag sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn fällig ist.
- die Beiträge für diesen Versicherungsvertrag/diese Versicherungsverträge jeweils bei Fälligkeit und bis auf Widerruf von unten stehendem Konto einzuziehen sind.

Versicherungsleistungen der Württembergischen Krankenversicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart ist.

Bezeichnung des Geldinstituts und Ort

Kontonummer

Bankleitzahl

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Folgende Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrages sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Produktinformationsblatt
- + Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick (nach § 7 VVG)
- + Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- + Merkblatt zur Datenverarbeitung
- + Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Vorsorgeversicherung (Tarif VS)

Falls Unterlagen in elektronischer Form (z.B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Stand der Unterlagen: 1/2011

Wichtiger Hinweis Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtiger Bestandteil des Vertrags.

Beginn Versicherungsschutz Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz auch dann mit dem im Versicherungsschein angegebenen Tag beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt die Widerrufsfrist noch nicht abgelaufen ist.

Widerrufsbelehrung Sie können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung auf der Rückseite dieses Antrags.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift des Kunden

Kunden-Nr.

VNR

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Mitwirkung

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Abweichende Abschluss-Agentur

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Beratungsprotokoll.
Gesprächsteilnehmer:

Grund der Beratung/Versicherungswunsch
 Ich möchte meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz optimieren und meine Belastungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich begrenzen.

Empfehlung und Begründung des Vermittlers
Für die im Antrag aufgeführten Personen wird eine Vorsorgeversicherung nach Tarif VS abgeschlossen.
Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der familiären Situation des Kunden. Der Leistungsumfang der Vorsorgeversicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen – erläutert.

Sonstiges

Abweichender Kundenwunsch

Durchschrift für den Vermittler

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Herr Frau Neukunde

Vorname und Zuname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon

Fax

Ja, ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss einer Vorsorgeversicherung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs VS zum Versicherungsbeginn 0 1

Versicherte Personen	Antragsteller selbst <input type="checkbox"/>	Monatsbeitrag
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum

Zahlweise monatlich oder vierteljährlich halbjährlich (2% Skonto) jährlich (4% Skonto)

Einzugsermächtigung.
Hiermit willige ich ein, dass

- der erste oder einmalige Beitrag sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn fällig ist.
- die Beiträge für diesen Versicherungsvertrag/diese Versicherungsverträge jeweils bei Fälligkeit und bis auf Widerruf von unten stehendem Konto einzuziehen sind.

Versicherungsleistungen der Württembergischen Krankenversicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart ist.

Bezeichnung des Geldinstituts und Ort

Kontonummer

Bankleitzahl

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Folgende Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrages sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Produktinformationsblatt
 - + Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick (nach § 7 VVG)
 - + Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
 - + Merkblatt zur Datenverarbeitung
 - + Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Vorsorgeversicherung (Tarif VS)
- Falls Unterlagen in elektronischer Form (z.B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Stand der Unterlagen: 1/2011

Wichtiger Hinweis Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtiger Bestandteil des Vertrags.

Beginn Versicherungsschutz Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz auch dann mit dem im Versicherungsschein angegebenen Tag beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt die Widerrufsfrist noch nicht abgelaufen ist.

Widerrufsbelehrung Sie können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung auf der Rückseite dieses Antrags.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift des Kunden

Kunden-Nr.

VNR

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Mitwirkung

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Abweichende Abschluss-Agentur

Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ

Beratungsprotokoll.
Gesprächsteilnehmer:

Grund der Beratung/Versicherungswunsch
 Ich möchte meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz optimieren und meine Belastungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich begrenzen.

Empfehlung und Begründung des Vermittlers
Für die im Antrag aufgeführten Personen wird eine Vorsorgeversicherung nach Tarif VS abgeschlossen.
Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der familiären Situation des Kunden. Der Leistungsumfang der Vorsorgeversicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen – erläutert.

Sonstiges

Abweichender Kundenwunsch

Durchschrift für den Kunden

Erklärungen und Hinweise

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart,
E-Mail Adresse: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antrags- oder Angebotsanforderungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. oder den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen oder Angebotsanforderungen, im Falle der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler der Wüstenrot & Württembergische Gruppe sowie die Kooperationspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen verarbeiten und nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlichen Informationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.



Der Vorsorge-Spezialist

Württembergische Krankenversicherung AG

Vorstand: Norbert Heinen (Vorsitzender),
Ruth Martin

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Alexander Erdland

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart

Telefon 0711 662-0, Telefax 0711 662-723380

Registergericht:

Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

Besuchsanschrift: Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung der Gesellschaft:

Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank, Ludwigsburg

BLZ 604 200 00, Kto.-Nr. 9 000 001 900

(IBAN DE25 6042 0000 9000 0019 00/BIC: WBAGDE61)

Internet: www.wuerttembergische.de