

Tarifbedingungen für den Tarif PZ

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:

Teil I: Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009)

Teil II: Ergänzende Bedingungen

Teil III:

Der Tarif kann in drei Stufen abgeschlossen werden:

- Tarifstufe 3: Leistungen in der Pflegestufe III
- Tarifstufe 2: Leistungen in der Pflegestufe II
- Tarifstufe 1: Leistungen in der Pflegestufe I

Versichert werden kann ein Pflegetagegeld in Vielfachen von 5,00 € (Leistungs-Stufe). In den Tarifstufen 1 und 2 darf das versicherte Pflegetagegeld das der nächst höheren Tarifstufe nicht überschreiten. Es muss mindestens die Pflegestufe III versichert werden.

Die Mindesthöhe und das maximal versicherbare Pflegetagegeld einer Pflegestufe richten sich nach den Annahmerichtlinien des Versicherers.

1. Leistungsumfang

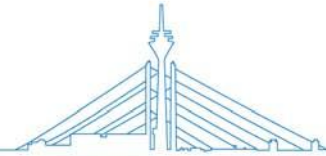
- (1) Das Pflegetagegeld wird bei stationärer oder ambulanter Pflegebedürftigkeit gezahlt.
- (2) Das fällige Pflegetagegeld entspricht der im Versicherungsschein für die jeweilige Pflegestufe dokumentierten Höhe.
- (3) Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009 Teil I).
- (4) Das Pflegetagegeld wird ab dem Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den Regelungen des § 6 der »Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung« (MB/EPV 2009 Teil I) gezahlt. Es endet mit dem Tag, an dem die Pflegebedürftigkeit bzw. die Einstufung in einer Pflegestufe endet.
- (5) Während der Zeit der Zahlung des Pflegetagegeldes aus diesem Vertrag entfällt die Beitragszahlung für den Tarif PZ.

2. Leistungsnachweis

- (1) Als Leistungsnachweis dient die Einstufung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung. Der Bescheid ist einzureichen.
- (2) Der Leistungsnachweis ist spätestens 3 Monate nach Feststellung der Pflegestufe einzureichen. Erfolgt der Nachweis später, so beginnt die Zahlung des vereinbarten Pflegetagegeldes mit dem 1. des Monats, in dem der Leistungsnachweis beim Versicherer eingeht.

3. Dynamische Anpassung

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, alle 24 Monate, gerechnet seit Versicherungsbeginn, maximal jedoch drei Mal, den Versicherungsschutz um höchstens zwei Leistungs-Stufen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Für die Berechnung des Beitrages für den erhöhten Versicherungsschutz ist das zum Zeitpunkt der Erhöhung maßgebliche Alter (Kalenderjahr ./ Geburtsjahr) maßgebend.



**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die
ergänzende Pflegekrankenversicherung**

Tarif PZ

Stand: 1. Januar 2009

Inhalt	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	
Der Versicherungsschutz	
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	4
§ 3 Wartezeit	4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	6
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	6
Pflichten des Versicherungsnehmers	
§ 8 Beitragszahlung	7
§ 8a Beitragsberechnung	7
§ 8b Beitragsanpassung	8
§ 9 Obliegenheiten	9
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegenüber Dritten	10
§ 12 Aufrechnung	10
Ende der Versicherung	
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	11
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 17 Gerichtsstand	12
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	12
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag, gültig ab 01.01.2008	14
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)	17
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)	18
Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	19

Tarifbedingungen für den Tarif PZ

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I: Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009)

Teil II: Ergänzende Bedingungen

Der Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

Der Versicherungsschutz gilt allgemein in all denjenigen Ländern, in denen auch Leistungen der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden. Insbesondere gilt der Versicherungsschutz in Europa.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die

nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit 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. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3

Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Abs. (2) ist wie folgt geändert:

Die Wartezeit entfällt. Dies gilt sowohl für den erstmaligen Abschluss des Versicherungsschutzes als auch für Vertragsänderungen.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;
- e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

§ 5 Abs. 1, Buchstabe e) und f) finden keine Anwendung.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

(4) 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.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) 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 bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

(4) 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.

§ 8b

Beitragsanpassung

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

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

(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.

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11
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 geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), 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 Obliegenheiten, 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.

§ 12
Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13
Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag

durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 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, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss 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 fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

Die Pflagegeldversicherung ist nach Art der Lebensversicherung kalkuliert.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17

Gerichtsstand

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

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

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

§ 18

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.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag, gültig ab 01.01.2008

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er 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 Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass

1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 37 SGB V [Häusliche Krankenpflege]

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermie- den oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 2 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

SGB XI § 36

Leistungen bei häuslicher Pflege, Pflegesachleistung

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.

SGB XI § 43

Vollstationäre Pflege, Inhalt der Leistung

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.688 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden.

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 266 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 455, 645, 829, 1.078 oder 1.325 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

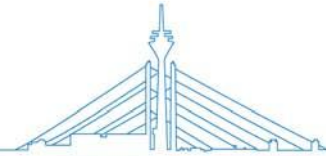
(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.



Pflegezusatzversicherung

Produktinformationsblatt nach § 4 VVG-Informationsverordnung

Produktinformationsblatt zur Pflegezusatzversicherung bei der DÜSSELDORFER VERSICHERUNG Krankenversicherungsverein a. G.

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Produkt interessieren bzw. dass Sie sich dafür entschieden haben.

Die nachfolgenden Hinweise informieren Sie über die wesentlichen Inhalte des Versicherungsvertrages und die wichtigsten Rechte und Pflichten, die sich für Sie aus dem Vertragsverhältnis ergeben. **Bitte beachten Sie, dass diese Zusammenfassung nicht abschließend ist.** Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Sofern ein Sachverhalt in diesen AVB geregelt ist, finden Sie in den Erläuterungen einen entsprechenden Hinweis auf den betreffenden Paragraphen.

Ein wichtiger, allgemeiner Hinweis vorab:

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus drei Teilen:

- Teil I: Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) - diese regeln alle allgemeinen Tatbestände
- Teil II: Ergänzende Bedingungen – Diese erweitern in einigen Abschnitten die Regelungen des Teils I zu Ihren Gunsten.
- Teil III: Enthält die Einzelheiten des jeweils versicherten Tarifs.

Der Teil I der AVB enthält auch Bestimmungen allgemeiner Art, die für Ihre hier vorliegende Pflegegeld-Versicherung keine Bedeutung haben.

Das sind insbesondere die folgenden Bestimmungen: **§ 5 Abs. 1e, f, g und h, 2 und 3 sowie § 11**

1. Was beinhaltet Ihr Vertrag?

Bei der zugrunde liegenden Versicherung handelt es sich um eine Pflegegeld-Versicherung.

2. Welches Risiko wird versichert?

Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen einer Pflegebedürftigkeit. Die Leistung erfolgt in Form eines Pflegegeldes. Dieses wird für jeden Tag an dem Pflegebedürftigkeit vorliegt in der vereinbarten Höhe gezahlt. Solange Sie aus dem Vertrag eine Leistung erhalten, entfällt für den Leistungsempfänger die Beitragszahlung.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die entsprechende Einstufung nach den Pflegestufen I bis III sind in den AVB in § 1 Abs. 4-6 beschrieben. Er entspricht dem Begriff der Pflegebedürftigkeit der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI.

Der Versicherungsschutz gilt in allen Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht (§ 1 Abs. 11 der AVB). Dazu gehören insbesondere die Staaten der Europäischen Gemeinschaft und des europäischen Wirtschaftsraumes.

Bestehen Wartezeiten irgendwelcher Art?

Der Versicherungsschutz besteht ab dem 1. Tag des Bestehens Ihres Vertrages (AVB § 3 Abs. 3). Auch im Leistungsfall bestehen keine Wartezeiten.

Dynamische Anpassung Ihres Vertrages

Sie können Ihren Vertrag jederzeit während der Vertragslaufzeit anpassen. Für den zusätzlichen Versicherungsschutz ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Ohne Gesundheitsprüfung ist eine Anpassung (maximal um zwei Tarifstufen zu je 5,- EUR) jeweils zu Beginn des 25. Monats, des 49. Monats und zu Beginn des 73. Monats, gerechnet ab Versicherungsbeginn, möglich.

Beispiel: Ihr Vertrag beginnt am 01.10.2010. Dann könnten Sie jeweils zu den Terminen 01.10.2012, 01.10.2014 und 01.10.2016 die Leistungen anpassen.

3. Prämienzahlung

Die Höhe der Prämie für den gewählten Versicherungsschutz können Sie dem Angebot bzw. dem Versicherungsschein entnehmen. Die Prämie wird jeweils zum 1. eines Monats fällig. Haben Sie für den Vertrag Jahreszahlung vereinbart, so wird die erste Prämie anteilig bis zum 31.12. des Beginnjahres erhoben. Danach ist die Prämie jeweils zum 1. Januar eines Jahres in voller Höhe fällig. Weitere Einzelheiten dazu finden Sie in § 8 der AVB.

Was ist, wenn Sie Ihre Prämie nicht oder nicht rechtzeitig zahlen?

Die Prämie ist Ihre Gegenleistung für den Versicherungsschutz, den wir sicherstellen.

Damit Ihr Vertrag wirksam werden kann, ist es erforderlich, dass Sie die erste Prämie rechtzeitig zahlen (AVB § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 37 VVG).

Sollten Sie im Laufe der Vertragsdauer die Prämie nicht wie vereinbart zahlen, so sind wir berechtigt, den Vertrag zu kündigen (AVB § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 38 VVG).

Die Nichtzahlung der Prämien bedeutet für Sie den Verlust des Versicherungsschutzes.

4. Leistungsauschlüsse

Die Ursache für eine Pflegebedürftigkeit spielt im Normalfall keine Rolle, mit folgenden Ausnahmen:

- Die Pflegebedürftigkeit wird durch Kriegsereignisse verursacht oder
- ist Folge einer Wehrdienstbeschädigung.

5. Ihre Pflichten bei Vertragsabschluss

Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertrages ist die Prüfung Ihres Gesundheitszustandes. Die dazu gestellten Fragen bitten wir sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In Zweifelsfällen fragen Sie bitte bei uns nach.

Beantworten Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß, so kann dies zur Folge haben, dass Sie keine Leistungen aus dem Vertrag erhalten. Außerdem ist der Rücktritt vom Vertrag oder eine Kündigung durch den Versicherer möglich (§ 10 der AVB).

6. Ihre Pflichten während der Vertragslaufzeit

Außer Ihrer Verpflichtung zur Zahlung der Prämien brauchen Sie während der Vertragslaufzeit nichts weiter zu beachten. Sofern Sie den Abschluss einer weiteren Pflegezusatzversicherung beabsichtigen, so erteilen wir hiermit unser Einverständnis. Auf § 9 Abs. 6 wird somit verzichtet.

7. Ihre Pflichten im Versicherungsfall (AVB § 9)

Die Leistung müssen Sie beantragen. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit reichen Sie bitte den entsprechenden Bescheid Ihrer Pflegeversicherung und das Pflegegutachten ein. Sollten Sie die Unterlagen nicht einreichen, so sind wir möglicherweise nicht zur Leistung verpflichtet. Die verspätete Einreichung führt unter Umständen zu einem verspäteten Beginn der Leistungen. Weitere Einzelheiten enthält der § 10 der AVB.

Jede Veränderung der Pflegebedürftigkeit oder deren Wegfall ist uns anzuzeigen (AVB § 9 Abs. 1).

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Ein angefangenes Kalenderjahr gilt als Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (AVB § 2).

Er kann aus folgenden Gründen enden:

- Kündigung durch den Versicherungsnehmer (AVB § 13), erstmals zum Ende des zweiten Versicherungsjahres möglich
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer (AVB § 14)
- Tod des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person

9. Wie können Sie den Vertrag beenden?

Ihren Versicherungsvertrag können Sie jederzeit zum Ende eines Versicherungsjahres (das ist immer der 31.12. eines Kalenderjahres) kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor diesem Termin in Textform bei uns eingehen. Textform heißt: per Brief, Fax oder E-Mail. Wir bestätigen Ihnen diese Kündigung umgehend. Sollte jemand ohne Ihr Wissen die Kündigung veranlasst haben (bei einer Kündigung per E-Mail ist dies für uns beispielsweise nicht erkennbar), müssen Sie sich umgehend mit uns in Verbindung setzen.

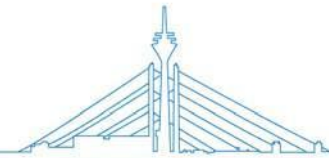
DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a. G.

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Telefon 0211 355900-0, Telefax 0211 355900-20

E-Mail: service@duesseldorfer-versicherung.de
Internet: www.duesseldorfer-versicherung.de

Registergericht: Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160

Auflage: 01/2010-12.11.2010



Pflegezusatzversicherung

- 1. Kundeninformation nach §§ 1 VVG-Informationsverordnung
(Versicherungsvertragsgesetz)**
 - 2. Datenschutzerklärung**
-

Kundeninformation zum Versicherungsschutz bei der Düsseldorfer Versicherung Krankenversicherungsverein a. G.

Diese Kundeninformation erfüllt die Anforderungen des § 1 des Versicherungsvertragsgesetzes in der Fassung vom 23. November 2007, gültig ab 1.1.2008 in Verbindung mit der „Verordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoVO)“ in der Fassung vom 18. Dezember 2007.

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig. Sie ist Bestandteil des Versicherungsvertrages. Ihren Erhalt haben Sie auf dem Antragsformular bestätigt.

1 Identität des Versicherers

Düsseldorfer Versicherung Krankenversicherungsverein a. G.
Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des
Versicherungsaufsichtsgesetzes
Sitz: Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Handelsregister: Registergericht Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160
Telefon: 0211 – 35 59 00 -0
Fax: 0211 – 35 59 00 – 20
E-Mail: service@duesseldorfer-versicherung.de

2 Identität des Vertreters des Versicherers

Die Düsseldorfer Versicherung hat außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland keine Vertreter.

3 Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Düsseldorfer Versicherung Krankenversicherungsverein a. G.
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf
Gesetzlicher Vertreter der Düsseldorfer Versicherung ist der Vorstand.
Mitglieder des Vorstandes sind:
Ludwig Willems (Vorsitzender), Willi Tiltmann, Dieter Turowski

4 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung in direktem und indirektem Geschäft. Das Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

5 Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln wenden.
Die Düsseldorfer Versicherung ist Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherungen und gehört damit der Medicator AG an.

6a Allgemeine Versicherungsbedingungen

Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzende Pflegeversicherung (MB/EPV 2009 – Teil I und II) sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil III) zugrunde.
Diese Kundeninformation ist ebenfalls Bestandteil der Vertragsunterlagen.

6b Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die Ergänzende Pflageetagegeld-Versicherung zahlt im Falle einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 4 bis 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen das vereinbarte Tagegeld, sofern die Pflegestufe im Vertrag versichert ist.

Das Pflageetagegeld wird jeweils am Ende eines Monats für die Anzahl von Tagen fällig an denen Pflegebedürftigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestand.

Liegt Pflegebedürftigkeit in einer versicherten Pflegestufe vor, so endet die Beitragszahlung für den gesamten Vertrag.

Die Pflageetagegeld-Versicherung ist nach Art der Lebensversicherung kalkuliert.

7 Gesamtpreis der Versicherung

Den zu entrichtenden Beitrag für die angebotene Versicherung entnehmen Sie bitte dem Angebot oder dem Versicherungsschein.

8 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche Kosten oder Gebühren werden nicht erhoben.

9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Nach Vereinbarung kann der Beitrag auch für ein Versicherungsjahr im Voraus entrichtet werden. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Es wird dann ein Nachlass in Höhe von 3 % auf den Tarifbeitrag gewährt.

Der Erstbeitrag wird unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheines fällig, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Folgeprämien sind jeweils am 1. eines Monats fällig.

10 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die ausgehändigten Informationen haben Gültigkeit bis zum Ende des Kalenderjahres in dem diese Kundeninformation ausgehändigt wurde. Hinsichtlich des Preises wird auf die Möglichkeit einer zwischenzeitlichen Beitragsanpassung nach § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen hingewiesen.

11 Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken bei Finanzdienstleistungen

entfällt

12 Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Vertrages

12 a Zustandekommen des Vertrages:

Das Zustandekommen des Vertrages erfolgt nach dem so genannten „Antragsmodell“.

Sie unterzeichnen den Antrag auf Pflegezusatzversicherung, **nachdem** Sie alle unter Ziffer 6a aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wird der Antrag angenommen erhalten Sie den Versicherungsschein.

Der Vertrag kommt zustande wenn wir Sie über alle unter Ziffer 6a genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten haben und von Ihrem Widerrufsrecht (siehe Ziffer 13) keinen Gebrauch gemacht haben.

12 b Beginn des Versicherungsschutzes:

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein benannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf eventuell vereinbarter oder tariflich vorgesehener Wartezeiten.

12 c Bindefrist:

Die Frist innerhalb derer Sie an den Antrag gebunden sind, beträgt sechs Wochen.

13 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.

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

Brief: Düsseldorf Versicherung Krankenversicherung a. G.
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf

Fax: 0211 – 35 59 00 - 20

E-Mail: service@duesseldorfer-versicherung.de

Folgen des Widerrufs:

Üben Sie das Widerrufsrecht rechtswirksam aus, so sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

14 Angaben zur Laufzeit des Vertrages

Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.

15 Angaben zur Beendigung des Vertrages

Sie können den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung ist erstmals zum Ende des zweiten Versicherungsjahres möglich. Der Vertrag endet mit Tod der versicherten Person.

16 Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt

Auf die vorvertraglichen Beziehungen findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

17 Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung. Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Düsseldorf als Sitz der Düsseldorf Versicherung

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

18 Sprache

Die gesamte Kommunikation – auch während der Vertragslaufzeit - zwischen der Düsseldorf Versicherung und Ihnen erfolgt in deutscher Sprache.

19 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind stets bemüht das Vertragsverhältnis zu Ihrer Zufriedenheit abzuwickeln. Sollte es dennoch einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, so steht Ihnen das (außergerichtliche) Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung offen:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern.

Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt davon unberührt.

20 Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

An diese Aufsichtsbehörde können Sie Beschwerden richten.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

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 Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der Daten verarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

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. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Beide Klauseln sind allen Versicherungsgesellschaften vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen nach sorgfältiger Prüfung der Interessen der Versicherungsnehmer und nach Abstimmung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden der Länder genehmigt worden. Die Versicherer verwenden – soweit nicht Besonderheiten einzelner Versicherungssparten Abweichungen erfordern – gleichlautende Texte. Das dient der Klarheit und Übersichtlichkeit. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag und versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag.

Abrechnung mit Vermittlern, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes. Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt erstellten Diagnosen..

2. Datenvermittlung 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 im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung 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 Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben, soweit der Versicherer nach diesen explizit in Textform gefragt hat. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch 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 entsprechende Auskünfte zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§§ 78, 86 Versicherungsvertragsgesetz sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, wie Schadenshöhe und Schadenstag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei der 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 werden bei einigen Fachverbänden zentrale Datensammlungen geführt bzw. bestehen zentrale Hinweissysteme.

Solche Datensammlungen bzw. Hinweissysteme gibt es beim Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Aufnahme in diese Datensammlungen/Hinweissysteme erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit der jeweiligen Datei verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung in der Versicherungsgruppe

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Gesellschaften der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Gesellschaften verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Gesellschaft.

Unser Krankenversicherungsverein gehört keiner Versicherungsgruppe an, ein Datenaustausch unterbleibt also insoweit.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei 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.

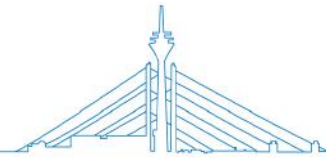
DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a. G.

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Telefon 0211 355900-0, Telefax 0211 355900-20

E-Mail: service@duesseldorfer-versicherung.de
Internet: www.duesseldorfer-versicherung.de

Registergericht: Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160

Auflage: 01/2009-001



DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a. G.

Satzung

Stand 17. August 2007

Inhalt	Seite
Allgemeine Bestimmungen	
§ 1 Name, Rechtsform, Sitz, Geschäftsgebiet	3
§ 2 Zweck des Vereins	3
§ 3 Mitgliedschaft	3
§ 4 Beiträge, Nachschüsse, Umlagen	4
Organe des Vereins	
§ 5 Organe	4
§ 6 Wahl und Zusammensetzung der Mitgliedervertretung	4
§ 7 Zusammentreten der Mitgliedervertretung	5
§ 8 Aufgaben der Mitgliedervertretung	6
§ 9 Wahl und Zusammensetzung des Aufsichtsrates	7
§ 10 Innere Ordnung und Beschlussfassung des Aufsichtsrates	7
§ 11 Zuständigkeit und Entschädigung des Aufsichtsrates	7
§ 12 Zusammensetzung des Vorstandes	8
§ 13 Zuständigkeit des Vorstandes	8
Rechnungswesen und Vermögensanlage	
§ 14 Geschäftsjahr	8
§ 15 Rechnungslegung	8
§ 16 Vermögensanlage	9
§ 17 Überschussverwendung	9
Sonstige Bestimmungen	
§ 18 Bekanntmachungen	10
§ 19 Änderung der Satzung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	10
§ 20 Auflösung des Vereins	11

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Name, Rechtsform, Sitz, Geschäftsgebiet

- (1) Das Unternehmen führt den Namen „DÜSSELDORFER VERSICHERUNG, Krankenversicherungsverein a. G.“.
- (2) Die Rechtsform des Unternehmens ist der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes.
- (3) Der Verein hat seinen Sitz in Düsseldorf.
- (4) Das Geschäftsgebiet des Vereins ist das In- und das Ausland.

§ 2

Zweck des Vereins

- (1) Der Zweck des Vereins ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung
 - a) für Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit,
 - b) für Nichtmitglieder, insbesondere in Form von Gruppenversicherungen, gegen feste Prämie,
 - c) in der Form der Mit- und Rückversicherung,

zu b) und c) jedoch begrenzt auf 1/10 der gesamten Beitragseinnahme,

sowie

der Betrieb der privaten freiwilligen Pflegeversicherung.

(2) Der Verein kann auch als Vermittler von Versicherungen aller Art, Bausparverträgen und anderen Verträgen, die mit dem privaten Krankenversicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen, tätig werden.

Der Verein kann Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen und die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen fortführen. Er ist berechtigt, Versicherungsunternehmen zu gründen sowie sich an Versicherungsunternehmen und Wirtschaftsunternehmen zu beteiligen.

§ 3

Mitgliedschaft

- (1) Mit Abschluss eines Versicherungsvertrages nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit werden die Versicherungsnehmer sowie alle volljährigen versicherten Personen Mitglieder.
- (2) Die Mitgliedschaft erlischt, wenn das Versicherungsverhältnis mit dem Verein endet.
- (3) Der Versicherungsvertrag gegen feste Prämie begründet keine Mitgliedschaft im Verein.
- (4) Eine Haftung von Mitgliedern gegenüber den Gläubigern des Vereins ist ausgeschlossen.

§ 4

Beiträge, Nachschüsse, Umlagen

(1) Die Versicherungsverbindlichkeiten und sonstigen Verpflichtungen des Vereins werden durch einmalige oder wiederkehrende Beiträge gedeckt, die im Voraus erhoben werden.

(2) Die Erhebung von Nachschüssen und die Kürzung von Versicherungsansprüchen sind ausgeschlossen.

II. Organe des Vereins

§ 5

Organe

Organe des Vereins sind

- a) die Mitgliedervertretung,
- b) der Aufsichtsrat,
- c) der Vorstand.

§ 6

Wahl und Zusammensetzung der Mitgliedervertretung

(1) Die Mitgliedervertretung vertritt die Gesamtheit der Mitglieder.

(2) Sie besteht aus mindestens 30 und höchstens 60 Mitgliedervertretern, die – ebenso wie höchstens 60 Ersatzmitglieder – nach einer von der Mitgliedervertretung zu beschließenden Wahlordnung von den Mitgliedern gewählt werden. Bei den Wahlen soll die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Mitgliedervertretung berücksichtigt werden.

(3) Wählbar sind alle Vereinsmitglieder, die die Fähigkeit besitzen, öffentliche Ämter zu bekleiden oder Rechte aus öffentlichen Wahlen zu erlangen. Nicht wählbar sind Mitarbeiter, Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes sowie Abschlussprüfer und Treuhänder des Vereins; ferner Personen, die eine entsprechende Stellung in einem privaten Wettbewerbsunternehmen bekleiden oder für dieses als Mitarbeiter hauptberuflich tätig sind.

(4) Die Amtszeit der Mitgliedervertreter und der Ersatzmitgliedervertreter beginnt mit dem Ablauf der Amtszeit der Mitgliedervertreter und der Ersatzmitgliedervertreter der vorausgehenden Wahlperiode und endet mit dem Ablauf der zehnten auf die Wahl folgenden ordentlichen Hauptversammlung. Wiederwahl ist zulässig.

(5) Das Amt eines Mitgliedervertreters oder Ersatzmitgliedervertreters erlischt außer durch Tod durch

- a) Niederlegung,
- b) eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstandes,
- c) Eröffnung des Konkursverfahrens oder Vergleichsverfahrens über das Vermögen des Mitgliedervertreters.

(6) Ausscheidende Mitgliedervertreter werden nur dann ersetzt, wenn die Zahl der Mitgliedervertreter durch das Ausscheiden unter die Mindestzahl sinken würde. Wird die Mindestzahl unterschritten, so tritt das rangnächste Ersatzmitglied bis zum Ende der Amtszeit an die Stelle des ausgeschiedenen Mitgliedervertreters.

§ 7

Zusammentreten der Mitgliedervertretung

(1) Die Mitgliedervertretung fasst ihre Beschlüsse in Hauptversammlungen. Das Stimmrecht kann nur persönlich ausgeübt werden.

(2) Die ordentliche Hauptversammlung findet jährlich bis spätestens Ende August statt. Sie wird unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung mindestens einen Monat vorher durch den Vorstand einberufen und bekannt gemacht. Spätestens zwölf Tage nach der Bekanntmachung der Einberufung der Hauptversammlung sind den Mitgliedervertretern die Tagesordnung und, soweit diese es erfordert, eine Übersicht über die Beratungsgegenstände zuzusenden.

(3) Eine außerordentliche Hauptversammlung ist mit einer Frist von ebenfalls einem Monat einzuberufen, wenn das Interesse des Vereins es erfordert, der Aufsichtsrat oder der Vorstand dies verlangen oder wenn mindestens zehn Mitgliedervertreter die Einberufung schriftlich unter Angabe des Zweckes und der Gründe beantragen. Die Bestimmungen über die ordentliche Hauptversammlung finden entsprechende Anwendung.

(4) Die Hauptversammlung wird von dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates oder seinem Stellvertreter geleitet. Sind beide verhindert, wird vom Aufsichtsrat eines seiner Mitglieder mit der Leitung der Versammlung beauftragt.

(5) Die Hauptversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte des Bestandes der Mitgliedervertretung anwesend ist. Bei Beschlussfähigkeit findet innerhalb von zwei Monaten eine zweite Hauptversammlung statt, die ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitgliedervertreter beschlussfähig ist.

(6) Soweit durch Gesetz oder Satzung nichts anderes bestimmt ist, werden die Beschlüsse der Hauptversammlung mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

(7) Die Aufsichtsratsmitglieder und die Vorstandsmitglieder sollen an der Hauptversammlung teilnehmen; sie haben jedoch kein Stimmrecht.

(8) Anträge zur Beschlussfassung durch die Hauptversammlung können vom Vorstand, von jedem Aufsichtsratsmitglied und von jedem Mitgliedervertreter gestellt werden. Anträge von Mitgliedern sind auf die Tagesordnung zu setzen, wenn sie von mindestens 100 Mitgliedern schriftlich unterstützt und spätestens zwei Wochen vor der Hauptversammlung beim Vorstand eingereicht sind.

§ 8

Aufgaben der Mitgliedervertretung

(1) Die Mitgliedervertretung hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Entgegennahme des Jahresabschlusses und des Lageberichts,
- b) Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
- c) Wahl der Aufsichtsratsmitglieder,

- d) Festsetzung der Entschädigung für die Aufsichtsratsmitglieder,
- e) Beschlussfassung über die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für Beiträgerückerstattung, die nicht bereits aufgrund der Festsetzungen für Beitragsermäßigung im Alter gemäß § 12 a VAG gebunden sind,
- f) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung,
- g) Beschlussfassung über Angelegenheiten, für die der Vorstand und der Aufsichtsrat satzungsgemäß oder gesetzlich nicht zulässig sind, und Erledigung von Beschwerden gegen den Aufsichtsrat,
- h) Beschlussfassung über Änderungen des Zwecks des Vereins,
- i) Beschlussfassung über die Auflösung des Vereins,
- j) Beschlussfassung über die Übertragung des Versicherungsbestandes des Vereins ganz oder teilweise auf ein anderes Unternehmen, die Verschmelzung oder die Vermögensübertragung nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsrechts,
- k) Beschlussfassung über die Höhe der Entschädigung für die Teilnehmer an der Hauptversammlung,
- l) Erlass der Wahlordnung für die Wahl der Mitgliedervertretung.

(2) Beschlüsse nach Buchstaben f) i) und j) bedürfen der Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen.

(3) Rechte, die gesetzlich einer Minderheit eingeräumt sind, stehen einer Minderheit von zehn Mitgliedervertretern zu.

§ 9

Wahl und Zusammensetzung des Aufsichtsrates

(1) Der Aufsichtsrat besteht aus zwölf ehrenamtlichen Mitgliedern, die von der Mitgliedervertretung gewählt werden.

(2) Die Amtszeit der Mitglieder des Aufsichtsrates läuft bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, die über die Entlastung für das zweite Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, nicht mitgerechnet. Alljährlich scheidet ein Drittel der Mitglieder aus und ist durch Neuwahl zu ersetzen. Für das Ausscheiden ist die Amtsdauer maßgebend. Wiederwahl ist zulässig.

(3) Ergänzungswahlen erfolgen für den Rest der Amtszeit eines ausgeschiedenen Mitgliedes in der nächsten Mitgliedervertreterversammlung.

(4) Das Amt eines Aufsichtsratsmitgliedes erlischt, wenn es die Mitgliedschaft verliert, der Konkurs über sein Vermögen eröffnet wird oder durch rechtskräftiges Urteil die Fähigkeit verloren hat, öffentliche Ämter zu bekleiden.

§ 10

Innere Ordnung und Beschlussfassung des Aufsichtsrates

- (1) Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.
- (2) Die Sitzungen des Aufsichtsrates werden vom Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung von dessen Stellvertreter einberufen und geleitet.
- (3) Der Aufsichtsrat fasst seine Beschlüsse in Sitzungen mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. In dringenden Angelegenheiten kann die Stimmabgabe auch schriftlich, telegrafisch (Telefax) oder fernmündlich erfolgen, wenn kein Mitglied des Aufsichtsrates widerspricht.
- (4) Jedes Aufsichtsratsmitglied oder der Vorstand können unter Angabe von Zweck und Gründen verlangen, dass der Aufsichtsrat unverzüglich einberufen wird. In diesem Falle muss die Sitzung binnen zwei Wochen nach der Einberufung stattfinden.
- (5) Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, anwesend ist.
- (6) Über die Verhandlungen und Beschlüsse des Aufsichtsrates sind Niederschriften anzufertigen, die vom Vorsitzenden und vom Protokollführer zu unterschreiben sind.
- (7) Der Aufsichtsrat kann sich eine Geschäftsordnung geben.
- (8) Der Aufsichtsrat kann Ausschüsse bestellen und diesen die Befugnisse des Aufsichtsrates übertragen, soweit nicht gesetzliche oder sonstige Vorschriften die alleinige Zuständigkeit des Gesamtaufichtsrates vorschreiben. Insoweit können den Ausschüssen auch Entscheidungen übertragen werden.

§ 11

Zuständigkeit und Entschädigung des Aufsichtsrates

- (1) Der Aufsichtsrat überwacht die Geschäftsführung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften, er vertritt den Verein gegenüber dem Vorstand.
- (2) Der Aufsichtsrat wählt die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder und beschließt über die Bestellung und Abberufung von hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern.
- (3) Der Zustimmung durch den Aufsichtsrat unterliegt
 - a) die Beteiligung an anderen Unternehmen,
 - b) der Erwerb, die Veräußerung und die Belastung von Grundstücken mit Ausnahme des Erwerbs in der Zwangsversteigerung zur Sicherung eingetragener Forderungen,
 - c) die Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Versicherungsunternehmen,
 - d) die Einführung oder Änderung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

(4) Der Aufsichtsrat kann beschließen über

- a) Änderungen der Satzung, die nur die Fassung betreffen,
- b) die Änderung von Beschlüssen der Hauptversammlung in Bezug auf die Satzung, soweit die Aufsichtsbehörde dies verlangt.

(5) Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten Ersatz ihrer baren Auslagen sowie eine Entschädigung für Zeitaufwand nach einer von der Mitgliedervertretung zu beschließenden Entschädigungsregelung.

§ 12

Zusammensetzung des Vorstandes

(1) Der Vorstand besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Dauer der Amtszeit der ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes beträgt fünf Jahre. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Vorstandsmitglieder. Der Aufsichtsrat wählt auch den Vorsitzenden des Vorstandes und seinen Stellvertreter. Wiederwahl ist zulässig.

(2) Die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes erhalten Ersatz ihrer baren Auslagen sowie eine Entschädigung für Zeitaufwand nach einer vom Aufsichtsrat zu beschließenden Entschädigungsregelung.

§ 13

Zuständigkeit des Vorstandes

(1) Der Vorstand leitet den Verein nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen, der Satzung und einer gegebenenfalls bestehenden Geschäftsordnung, die vom Aufsichtsrat zu genehmigen ist. Er ist ermächtigt, Allgemeine Versicherungsbedingungen mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu ändern.

(2) Der Verein wird durch zwei Vorstandsmitglieder gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

III. Rechnungswesen und Vermögensanlage

§ 14

Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 15

Rechnungslegung

(1) Der Vorstand hat in den ersten vier Monaten des Geschäftsjahres für das vergangene Geschäftsjahr die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung und den Anhang (Jahresabschluss) sowie den Lagebericht aufzustellen und den Abschlussprüfern vorzulegen; unverzüglich nach Eingang des Prüfungsberichts der Abschlussprüfer hat der Vorstand den Jahresabschluss, den Lagebericht und den Prüfungsbericht dem Aufsichtsrat vorzulegen. Zusammen mit dieser Vorlage hat der Vorstand dem Aufsichtsrat einen Vorschlag für die Überschussverteilung und für einen Hauptversammlungsbeschluss über die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zu unterbreiten.

(2) Der Aufsichtsrat hat sich innerhalb eines Monats nach Vorlage gemäß Absatz 1 gegenüber dem Vorstand über den Jahresabschluss und den Lagebericht zu erklären.

(3) Billigt der Aufsichtsrat den Jahresabschluss, so ist dieser festgestellt; es sei denn, dass sich Vorstand und Aufsichtsrat für eine Feststellung durch die Mitgliedervertretung entscheiden. Entscheiden sie sich für die Feststellung durch die Mitgliedervertretung oder billigt der Aufsichtsrat den Jahresabschluss nicht, so hat der Vorstand unverzüglich die Mitgliedervertretung zur Feststellung des Jahresabschlusses einzuberufen.

§ 16

Vermögensanlage

(1) Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Vorschriften und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

§ 17

Überschussverwendung

(1) Von dem sich nach den Zuweisungen zur Alterungsrückstellung bzw. zur Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach § 12 a VAG und nach Bildung der erforderlichen Rückstellungen ergebenden Überschuss erfolgt zunächst die Mindestzuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 81 d VAG. Von dem verbleibenden Überschuss sind jährlich mindestens 10 % des Ergebnisses der normalen Geschäftstätigkeit der gesetzlichen Rücklage (§ 37 VAG) zuzuführen, bis diese 50 % der Beitragseinnahmen erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat.

(2) Der restliche Überschuss wird den anderen Rücklagen sowie der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugeführt.

(3) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt die Hauptversammlung, soweit sich aus gesetzlichen Vorschriften nichts anderes ergibt. Als Form der Verwendung kann sie wählen die Auszahlung oder Gutschrift, eine Leistungserhöhung oder Beitragssenkung, die Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung, für Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(4) Schließt ein Geschäftsjahr mit Verlust ab, so ist der Fehlbetrag, soweit er nicht auf das nächste Geschäftsjahr vorgetragen wird und Anordnungen der Aufsichtsbehörde nichts anderes bestimmen, aus den anderen Gewinnrücklagen und danach aus der Verlustrücklage zu entnehmen. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde dürfen in Abweichung von Absatz 3 in Ausnahmefällen Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfallen, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes herangezogen werden.

IV. Sonstige Bestimmungen

§ 18

Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen des Vereins erfolgen im Bundesanzeiger.

§ 19

Änderung der Satzung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Änderungen der Satzung, die Bestimmungen über Name, Sitz, Geschäftsgebiet, Zweck, Mitgliedschaft, Bekanntmachungen, Organe und Verwaltung, Rechnungslegung und Vermögensanlagen betreffen, haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse.

(2) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden.

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen,
- b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- c) bei Änderung von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur insoweit zulässig, als sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft. Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Satz 5 gilt entsprechend.

§ 20

Auflösung des Vereins

- (1) Ein Beschluss der Hauptversammlung über die Auflösung des Vereins bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.
- (2) Die Abwicklung erfolgt durch den Vorstand, sofern nicht die Mitgliedervertretung andere Personen zu Abwicklern bestimmt hat. Die Abwickler fassen ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.
- (3) Nach Auflösung des Vereins sind die Vermögensbestände zunächst zur Befriedigung sämtlicher Ansprüche auf Versicherungsleistungen, die bis zum Zeitpunkt der Auflösung entstanden sind, zu verwenden. Reichen die Vermögensbestände hierzu nicht aus, sind die Ansprüche verhältnismäßig zu kürzen.
- (4) Das nach Durchführung der Abwicklung etwa noch verbleibende Vermögen wird den im Zeitpunkt der Auflösung dem Verein angehörenden Versicherungsnehmern im Verhältnis der Dauer ihrer Mitgliedschaft und der Höhe ihres letzten Monatsbeitrages zugewendet, es sei denn, die Mitgliedervertretung bestimmt etwas anderes.

Die Satzung wurde zuletzt geändert durch Beschluss der ordentlichen Hauptversammlung der Mitgliedervertretung am 17. August 2007.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht vom 11.10.2007, Gesch. Z.: VA 16 – VU 4115 – 2007/0008.

DÜSSELDORFER VERSICHERUNG
Krankenversicherungsverein a. G.

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Telefon 0211 355900-0, Telefax 0211 355900-20

E-Mail: info@duesseldorfer-versicherung.de
Internet: www.duesseldorfer-versicherung.de