

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung

Teil I

Allgemeine Bestimmungen

Stand 01.06.2022

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) zahlt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.
- (2) Der Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person gemäß § 14 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI - siehe Anhang). Hiernach sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (vgl. Absatz 4) aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Schwere bestehen.

Bei Kindern und Jugendlichen (bis Vollendung des 21. Lebensjahres) liegt ein Versicherungsfall nur dann vor, wenn und solange die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit nach Satz 1 bis 4 ein Unfall oder eine in der Anlage aufgeführte Krankheit ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Dazu zählen auch:
 1. Folgeschäden durch Infektionskrankheiten wie Mumps, Masern, Röteln oder Borreliose,
 2. Gesundheitsschäden infolge von Blutvergiftungen, Wundinfektionen und Schutzimpfungen,
 3. Allergische Reaktionen und weitere Gesundheitsschäden aufgrund von Insektenstichen bzw. -bissen,
 4. Verätzungen oder Vergiftungen.
- (3) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 6 Absatz 2. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (4) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:
 1. Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:

Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

(5) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) ermittelt.

- a) Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- b) Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- c) Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- d) Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- e) Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

(7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 19 entsprechend angepasst.

(8) Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

(9) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Zieltarif erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die INTER bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistungen einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss (§ 8 Abs. 4) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die höheren oder umfassenderen Leistungen einen Leistungsausschluss wählt.

§ 2

Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz besteht weltweit, auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (alle Gebiete außerhalb Deutschlands).
- (2) Als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gilt der Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts im Ausland. Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.
- (3) Fällt aufgrund nationaler Regelungen eines anderen Staates eine Versicherungssteuer oder eine sonstige Abgabe für den Versicherungsvertrag an, ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung dieser Versicherungssteuer/Abgabe verpflichtet. Ist die INTER zur Steuer- bzw. Abgabenabführung verpflichtet oder tritt sie für den Versicherungsnehmer in Vorleistung, ist sie berechtigt, die Versicherungssteuer/Abgabe beim Versicherungsnehmer zu erheben.

§ 3

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Wartezeiten

Beginn und Ende 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), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen.

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 fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 - mit Ausnahme der Erstbeitragszahlung - 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 seit mindestens drei Monaten bei der INTER pflegetagegeldversichert 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) Bei Adoption eines minderjährigen Kindes ist mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Ansonsten gilt für eine solche Adoption Absatz 2 entsprechend.
- (4) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wartezeiten

- (5) Auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten wird verzichtet.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Der Versicherungsnehmer erhält je nach festgestelltem Pflegegrad das tariflich vereinbarte Pflegetagegeld und

sonstige vereinbarte Leistungen (siehe Teil II der AVB).

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für Pflegebedürftigkeit bei Versicherungsfällen,

- a) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) welche die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeigeführt hat.
- c) die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht sind;
- d) die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, sofern
 - bei der Einreise der versicherten Person bereits eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder

- eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde, und die versicherte Person - ohne

durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein - das betroffene Gebiet nicht verlassen hat.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, ab dem der leistungspflichtige Versicherungsfall eingetreten ist.

Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die gemäß den Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Regelungen zu erbringenden Nachweise vom Versicherungsnehmer erbracht sind; diese Nachweise werden Eigentum der INTER.

- (2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch ein Gutachten nachzuweisen.
- a) Sofern eine Mitgliedschaft in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung besteht, sind ausschließlich deren Leistungsentscheidung und die Gutachten des medizinischen Dienstes maßgebend.
 - b) Besteht keine Mitgliedschaft in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung ist die Pflegebedürftigkeit durch einen von der INTER beauftragten Gutachter festzustellen. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann die INTER ganz oder teilweise die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung feststeht und der Versicherungsnehmer diesem Ergebnis nicht widerspricht.

Sofern ein bestehendes Gutachten dies vorsieht oder eine Veränderung des Pflegegrades vom Versicherungsnehmer angezeigt wird, erfolgt eine neuerliche Begutachtung.

Die Kosten für die Erstellung eines von der INTER beauftragten Gutachtens in Deutschland trägt die INTER. Bei einer erforderlichen Begutachtung im Ausland sind die Mehrkosten, die im Vergleich zu einer Begutachtung in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung in Deutschland entstehen, vom Versicherungsnehmer zu tragen.

Wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach der letzten Begutachtung vom Versicherungsnehmer der Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder die Veränderung des Pflegegrades angezeigt und bestätigt das dann erstellte Gutachten dies nicht, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten für das Gutachten.

- (3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb Deutschlands und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (5) Die Versicherungsleistung kann nur der Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, er hat die versicherte Person gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Leistung benannt. In diesen Fällen ist die INTER verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7

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.

Der Beitrag bzw. die monatliche Beitragsrate ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Beiträge sind an die von der INTER zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag

vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- (3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen

der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

- (4) Ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen vom Versicherer eine Versicherungssteuer oder eine sonstige öffentliche Abgabe aufgrund des Versicherungsvertrages abzuführen, die dem Versicherungsnehmer berechnet werden darf, erhöht sich der Versicherungsbeitrag um den Betrag, der zur Erfüllung einer solchen Verpflichtung erforderlich ist.

§ 8

Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

Beitragsberechnung

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

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, können bei Vertragsabschluss Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken.

Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen. Sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat, erhält der Versicherungsnehmer als Mitteilung jeweils einen neuen Versicherungsschein.

- (2) Bei einer Änderung des Beitrags (z.B. wegen Änderung des Versicherungsschutzes oder einer Beitragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 7) hängt der neue Beitrag von dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Alter der versicherten Person ab.

Besteht eine Alterungsrückstellung, wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt, indem die Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung des Beitrags wegen des steigenden Alters der versicherten Person ist dann während der Dauer des Versicherungsverhältnisses insoweit ausgeschlossen.

- (3) Bei Beitragsänderungen werden bestehende Risikozuschläge entsprechend angepasst, soweit keine hiervon abweichende Regelung vereinbart wurde.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, soweit die Leistungen höher oder umfassender sind, ein erhöhtes Risiko vor, kann die INTER dafür einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss

verlangen. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken. Anstelle des Risikozuschlags kann der Versicherungsnehmer den Ausschluss der höheren oder umfassenderen Leistungen verlangen.

Beitragsanpassung

- (5) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der INTER z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauer oder der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die INTER zumindest jährlich für jeden Tarif

- a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- (6) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die INTER und dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.

- (7) Anpassungen nach Absatz 5 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichti-

gung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9

Obliegenheiten

- (1) Wegfall der Pflegebedürftigkeit und jede Minderung des Pflegegrades sind der INTER unverzüglich in Textform mitzuteilen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsbe-rechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 5) ha-ben auf Verlangen der INTER jede Auskunft zu ertei-len, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfanges erforderlich ist.
- (3) Die versicherte Person hat nach ihren Möglichkeiten für die Verbesserung des Gesundheitszustands zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die die-ser entgegenwirken.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicher-ten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER so-weit erforderlich mitzuwirken.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt wird.

§ 11

Aufrechnung

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen, gegen andere

Forderungen der INTER nur insoweit, als die Gegenforde-rung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12

Versicherungsjahr / Vertragsdauer

- (1) Das Versicherungsjahr umfasst zwölf Monate. Es ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versiche-rungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Vertragsbe-ginn).
Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversiche-rung weiterer Personen ändert sich das Versiche-rungsjahr nicht.
- (2) Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Danach verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe §§ 13 und 14).

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer nach § 12 Abs. 2.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe 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 ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht die INTER die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
- (5) Erklärt die INTER die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung wird bei Anfechtung oder Rücktritt zum Ende des Monats wirksam, in dem ihm die Erklärung der INTER zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
Ein Kündigungsrecht besteht auch, wenn die INTER aufgrund einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht rückwirkend einen Leistungsausschluss verlangt oder einen Risikozuschlag erhebt, durch den der Beitrag um mehr als 10 % steigt. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung der INTER ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, können die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Wirksamwerden der Kündigung abzugeben.

§ 14

Kündigung durch die INTER

- (1) Das ordentliche Kündigungsrecht der INTER ist ausgeschlossen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse für die Zukunft fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.
- (4) Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit die INTER den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- (3) Die Absätze 1 bis 2 gelten für versicherte Personen entsprechend.

§ 17

Willenserklärungen und Anzeigen

Die Kündigung des Versicherungsverhältnisses hat durch eine vom Versicherungsnehmer unterzeichnete Erklärung zu erfolgen. Für sonstige Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER genügt die Textform.

§ 18

Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

§ 19

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie die INTER 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.

§ 20

Hinweis zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

- (1) Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

- (2) Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

- (3) Hinweis auf den Rechtsweg

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