



uni-med|A

Profitieren Sie auch als gesetzlich Versicherter von den Möglichkeiten SANFTER MEDIZIN, umfassenden VORSORGEleistungen und besten AusSICHTen für Ihre Augen.

Natürlich gesund!

**Für Versicherungsbeginne
ab 01.01.2025**

**Mit nur einer
Gesundheitsfrage!**





Natürlich gesund

SANFTE MEDIZIN, umfassende VORSORGE – beste AussICHTen!

Beim Thema Gesundheit stehen Ihnen heute viele moderne Behandlungen und Leistungen offen. Doch meistens zu einem hohen Preis.



Für Extras wie individuelle **VORSORGE**untersuchungen, **ALTERNATIV**medizin, **SEHHILFEN** oder **LASER-OPs** der Augen müssen Sie tief in die eigene Tasche greifen. Die gesetzliche Krankenversicherung sieht hierfür keine oder nur sehr begrenzt Leistungen vor.

Unsere ambulante Zusatzversicherung uni-med|A schützt Sie in diesen Fällen vor hohen Eigenbeteiligungen, die Sie sonst allein tragen müssten. Entscheiden Sie selbst, welcher Schutz Ihre Wünsche und Bedürfnisse am besten abdeckt.

Ihnen stehen drei Tarifstufen zur Wahl

uni-med A			
Leistungen	uni-med A-Komfort	uni-med A-Premium	uni-med A-Exklusiv
Naturheilverfahren/Heilpraktiker*	50 % bis 600 EUR	70 % bis 1.200 EUR	90 % bis 1.800 EUR
inkl. Osteopathie	✓	✓	✓
Vorsorgeuntersuchungen*	125 EUR	250 EUR	375 EUR
inkl. Schutzimpfungen	✓	✓	✓
Sehhilfen*	200 EUR	250 EUR	300 EUR
refraktive Chirurgie (z. B. Laser-OP)**	✓ bis 500 EUR	✓ bis 1.000 EUR	✓ bis 1.500 EUR

*innerhalb von 2 Kalenderjahren (KJ)

**nach dem 2. Versicherungsjahr (VJ) Leistungsanspruch bis zum halben Leistungshöchstbetrag bzw. nach dem 4. VJ bis zum vollen Leistungshöchstbetrag

Die genauen Vertragsinhalte ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Dokument ausschließlich männliche Personenbezeichnungen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese stellvertretend für alle Geschlechter stehen.

Sanfte Medizin

Alternativen zur klassischen Schulmedizin werden immer beliebter. Ob Globuli oder der Besuch beim **HEILPRAKTIKER** oder **OSTEOPATHEN** – viele Menschen möchten auf **Naturheil**verfahren und **alternative** Behandlungsmethoden als Ersatz oder Ergänzung nicht verzichten.

Mit unserem Tarif uni-med|A entscheiden Sie selbst, ob Sie einen **ARZT** oder **HEILPRAKTIKER** aufsuchen. Sie haben die Wahl. Wählen Sie die für Sie richtige Behandlung. Hierzu gehören beispielsweise:

- Akupunktur,
- Bachblütentherapie,
- Biochemie (Schüßler-Salze),
- Chiropraktik,
- Homöopathie (einschließlich Globuli),
- Osteopathie (auch durch einen Osteopathen oder Physiotherapeuten),
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

Ihre Vorteile

- ✓ Erstattung **aller ambulanten Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker** nach Methoden der Naturheilkunde und außerschulmedizinischer Verfahren – inkl. aller im jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis genannten Therapieformen.
- ✓ Kosten sind **bis zu den Höchstsätzen** des jeweils aktuellen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (**GebÜH**) und der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) erstattungsfähig.
- ✓ Erstattung einschl. der erbrachten **Heilmittel**, angeordneten **Laborleistungen** und verordneten **Arznei- und Verbandmittel**.

Sichern Sie sich für Ihre Gesundheit die Möglichkeiten der sanften Medizin.





Natürlich gesund



Vorsorgen statt heilen!

Umfassende VORSORGE

Viele Krankheiten sind heilbar, wenn sie rechtzeitig erkannt werden. Doch die Leistungen gesetzlicher Krankenkassen sind bei **VORSORGE**maßnahmen sehr begrenzt. Es gelten festgelegte Zeitabstände, Altersgrenzen und nicht alle Untersuchungen, die der Arzt anbietet, werden erstattet.

Mit unserem Tarif uni-med|A steht Ihnen das gesamte Spektrum ärztlicher **VORSORGE** offen.

Ihre Vorteile

- ✓ Erstattung aller ambulanten **Vorsorgeuntersuchungen**, die durch einen Arzt durchgeführt werden, ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände.
- ✓ Auch **individuelle Vorsorgemaßnahmen** wie z. B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Gesundheits-Check-up, Hautkrebs- und Schwangerschaftsvorsorge sind versichert.
- ✓ Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Impfstoffe im Rahmen von **Schutzimpfungen** – auch Reiseschutzimpfungen.

Die genauen Vertragsinhalte ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Beste AusSICHTen

Sie benötigen eine neue **BRILLE** oder **KONTAKTLINSEN**. Doch wer übernimmt die Kosten?

Die gesetzliche Krankenkasse hat ihre Leistungen in den vergangenen Jahren auf ein Minimum beschränkt und gewährt nur noch in seltenen Fällen Zuschüsse.

Mit unserem Tarif uni-med|A haben Sie die besten AusSICHTen und profitieren von umfangreichen Leistungen. Auch dann, wenn Sie sich die Augen lasern lassen.

Ihre Vorteile

- ✓ Erstattung für **Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen** einschließlich notwendiger Reparaturen.
- ✓ Bezug **auch ohne Änderung der Sehschärfe** möglich.
- ✓ Auch Maßnahmen der **refraktiven Chirurgie** zur Behebung von Fehlsichtigkeit wie z. B. **LASIK- oder LASEK-Operationen, Clear-Lens-Exchange**.

Behalten Sie den Durchblick! Egal ob mit Brille, Kontaktlinsen oder einer Laser-OP.





Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Das Wichtigste in Kürze

Seite 2

Verbraucherinformation

Ein Überblick über Rechte und Grundlagen

Seite 5

Muster- und Tarifbedingungen

Allgemeine Regelungen rund um Ihren Vertrag

Seite 7

Tarif

Details zu Ihrem Versicherungsschutz

Seite 22

uni-med|A

Auszug aus den Gesetzestexten

Weitere Vorschriften

Seite 26

Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten

Seite 31



Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: uniVersa Krankenversicherung a. G.

Deutschland

Produkt: Tarif uni-med|A
Tarifstufen: Komfort, Premium und
Exklusiv

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. **Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind und somit kein vollständiger Überblick über den Vertragsinhalt gegeben werden kann.** Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus MB/KK 2009 (Teil I), TB/KK (Teil II) und den Tarifen (Teil III), sowie dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein sowie gegebenenfalls weiteren Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

Im vertraglichen Umfang werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen erstattet.

- ✓ Erstattung ambulanter Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker nach Methoden der Naturheilkunde und außerschulmedizinischer Verfahren, inkl. aller im jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis genannten Therapieformen.
- ✓ Erstattung einschließlich der in diesem Rahmen erbrachten Heilmittel, angeordneter Laborleistungen und verordneten Arznei- und Verbandmittel.
- ✓ Erstattung ambulanter Vorsorgeuntersuchungen, die durch einen Arzt durchgeführt werden, ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände.
- ✓ Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Impfstoffe im Rahmen von Schutzimpfungen – auch Reiseschutzimpfungen.
- ✓ Erstattung für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich notwendiger Reparaturen.
- ✓ Osteopathische Behandlungen.
- ✓ Individuelle Vorsorgemaßnahmen wie z. B. Gesundheitsleistungen (IGeL), Gesundheits-Check-up, Hautkrebs- und Schwangerschaftsvorsorge.
- ✓ Maßnahmen der refraktiven Chirurgie zur Behebung von Fehlsichtigkeit wie z. B. LASIK- oder LASEK-Operationen, Clear-Lens-Exchange.



Was ist nicht versichert

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder.
- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Versicherungsschutz kann nicht in jedem Fall gewährt werden, weil sonst die Beiträge unangemessen hoch wären.
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welche Tarifstufe vereinbart ist. Je nach versicherter Tarifstufe gelten Erstattungshöchstsätze sowie Leistungshöchstsätze pro versicherter Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren.
 - ! Kosten sind bis zu den Höchstätzen des jeweils aktuellen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Bitte beachten Sie die weiteren Regelungen in § 1 (4) MB/KK 2009 und TB/KK.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie die vom Versicherer gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Auf Verlangen des Versicherers ist jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Jede versicherte Person hat für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Der Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung bei einem weiteren Versicherer ist unverzüglich anzuzeigen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in monatlichen Beitragsraten bezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt fällig. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Die Dauer der Beitragszahlung ist vom Bestehen des Vertrages abhängig. Mit dem Vertragsende endet die Beitragszahlungspflicht.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich zu dem beantragten Datum (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten, und wenn die Zahlung der Erstprämie rechtzeitig erfolgt ist. Wird die Erstprämie nicht bezahlt, besteht kein Versicherungsschutz. Erst der Vertragsbeendigung endet auch der Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vorgenannten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Verbraucherinformation

Die Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7 in 90489 Nürnberg (eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 540). Sie hat die Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG).

Unsere ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der uniVersa Krankenversicherung a.G. lautet wie folgt:

uniVersa Krankenversicherung a.G., gesetzlich vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Michael Baulig und Werner Gremmelmaier, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit liegt in der Absicherung von Krankheits- und Pflegerisiken.

Sicherungsfonds in der privaten Krankenversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Gustav Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherungsfall würde die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds zu Ihrem Schutz an.

Zustandekommen des Vertrages

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt, kommt der Vertrag durch ausdrückliche Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Erfolgt eine solche nicht, kommt der Vertrag durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande.

Ihr Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Beitrag

Ihr Beitrag für den angebotenen Versicherungsvertrag beträgt monatlich in EUR je zu versichernder Person:

uni-med A-Komfort		uni-med A-Premium		uni-med A-Exklusiv	
Eintrittsalter	mtl. Beiträge in EUR	Eintrittsalter	mtl. Beiträge in EUR	Eintrittsalter	mtl. Beiträge in EUR
bis 15	2,93	bis 15	5,89	bis 15	12,90
16-20	6,59	16-20	15,93	16-20	40,18
21-25	7,05	21-25	16,70	21-25	38,45
26-30	8,02	26-30	20,04	26-30	39,13
31-35	9,32	31-35	22,34	31-35	41,46
36-40	11,39	36-40	25,65	36-40	44,55
41-45	13,77	41-45	28,88	41-45	48,47
46-50	15,21	46-50	30,48	46-50	51,90
51-55	14,66	51-55	30,89	51-55	51,75
56-60	13,88	56-60	29,63	56-60	50,54
61-65	13,32	61-65	28,18	61-65	48,54
66-70	12,36	66-70	26,26	66-70	45,59
71-75	11,32	71-75	24,57	71-75	42,67
76-80	10,53	76-80	22,97	76-80	39,99

Die Beiträge werden geschlechtsunabhängig erhoben.

Die Beiträge des ambulanten Zusatzversicherungstarifs **uni-med|A** werden nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Sie werden aufgrund des Alterwerdens der versicherten Person fortgeschrieben und zu bestimmten tariflich vorgegebenen Lebensaltern im Abstand von fünf Jahren an den dann für den entsprechenden Neuzugang geltenden Beitrag angepasst. Für die versicherte Person ist damit bei Erreichen der nächsten Altersstufe der für den entsprechenden Neuzugang jeweils gültige Beitrag zu zahlen.

Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge können sich beispielsweise aufgrund von Beitragsanpassungen oder Altersumstufungen ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig.

Versicherungsentgelte zu Kranken-/Pflegeversicherungen, wie insbesondere Beiträge, sind in der Bundesrepublik Deutschland nach § 4 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz von der Versicherungssteuer befreit.

Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei.

Hinweis zu Ihrem Widerrufsrecht

Mit Zugang des Versicherungsscheines können Sie Ihre Krankenzusatzversicherung widerrufen. Die Einzelheiten können Sie der „Widerrufsbelehrung für Ihre Krankenzusatzversicherung“ ab Seite 35 entnehmen.

Anwendbares Recht

Zwischen Ihnen als unserem Kunden und unserer Gesellschaft findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung, insbesondere die Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz), VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) sowie des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Ihre Möglichkeiten bei einem Anliegen

Ihre Meinung und Ihr Anliegen sind uns wichtig. Wir legen als Serviceversicherer Wert auf Qualität, Kompetenz und eine serviceorientierte Bearbeitung. Sie haben ein Anliegen? Dann schicken Sie Ihre Mitteilung einfach an:

uniVersa Krankenversicherung a.G., Kundenzufriedenheit,
Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg.
Alternativ können Sie uns auch eine E-Mail schreiben:
kundenzufriedenheit@universa.de

Wir freuen uns auf Ihre Anregungen und Hinweise.

Wurde Ihr Anliegen nicht zu Ihrer Zufriedenheit gelöst, steht Ihnen außerdem ein kostenloses, außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren zur Verfügung, an dem wir teilnehmen. Hierzu wenden Sie sich bitte an:
Ombudsmann, Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.
Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Unsere Aufsichtsbehörde

steht Ihnen als weitere Anlaufstelle für Ihr Anliegen zur Verfügung:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

KVB-085 05.23

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten
Krankenversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

(2.1) Als Versicherungsfall gilt auch der Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit den gesetzlichen Vorschriften entsprechend festgestellt ist.

- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, so lange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(4.1) Abweichend von § 1 (4) und § 15 (3) besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz

- entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt,
- oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.

(4.2) Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer gemäß § 1 (4.1) hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(4.3) Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der jeweils gem. § 1 (4.1) und (4.2) geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen.

(4.4) Während der Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) und solange eine besondere Vereinbarung gem. § 1 (4.3) besteht, ist eine Beendigung der Versicherung nach § 15 (3) ausgeschlossen.

(4.5) Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50 % der tariflichen Leistungen erhalten.

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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 angeordnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – s. Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

(6.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (6) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

(6.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (6) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (6.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

(6.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (6) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können, bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 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 von Wartezeiten. 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 Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(1.1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(1.2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend

erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(2.1) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) im gleichen Tarif eines versicherten Elternteils mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(2.2) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) mitversichert, so besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(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.

(4) Sonderregelung für Beihilfeberechtigte:
Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beihilfeänderung im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung, die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß der Sätze 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.

(5) § 2 (4) gilt sinngemäß, wenn sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch erhöht.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

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

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(3.1) Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(4.1) Die allgemeine Wartezeit sowie die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Entbindung und Psychotherapie können in allen Tarifen erlassen werden, wenn ein ärztliches bzw. zahnärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen auf einem Vordruck der uniVersa Krankenversicherung a.G. vorgelegt wird.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, können die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

- (1.1) Sofern der Tarif eine jährliche Selbstbeteiligung vorsieht, wird diese je versicherte Person von den erstattungsfähigen Kosten berechnet. Auch bei Vorleistung durch eine gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse ist diese Selbstbeteiligung vom Versicherungsnehmer in voller Höhe zu tragen.

Beginnt der Vertrag in der zweiten Hälfte eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung um die Hälfte.

- (1.2) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

- (2.1) Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einer Ärztesellschaft tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den sozialpädiatrischen Zentren.

- (2.2) Zur ambulanten Heilbehandlung gehören auch die im Rahmen einer ambulanten telemedizinischen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen, die Behandlungen in der Ambulanz eines Krankenhauses, das die Voraussetzungen nach § 4 (4) erfüllt, sowie das ambulante Operieren. Nicht zur ambulanten Heilbehandlung gehören die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung.

- (2.3) Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen Ärzten, Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (wie Masseur, medizinischer Bademeister, Physiotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut und Podologe) erbracht werden.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

- (3.1) Arzneimittel können außer aus der Apotheke auch aus der Internet- oder Versandapotheke bezogen werden, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

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

- (4.1) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette. Bei stationärer Heilbehandlung in anderen Einrichtungen der Bundeswehr oder sonstiger kasernierter Einheiten (Sanitätsbereich, Revier oder dgl.) wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagesgeldes gezahlt.

- (4.2) In Tarifen mit Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern erstreckt sich der Versicherungsschutz auf vollstationäre Behandlungen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht für teilstationäre sowie für vor- und nachstationäre Behandlungen keine Leistungspflicht.

- (4.3) Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100 % der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner stationären Behandlung in einem Krankenhaus bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erfolgen kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (5.1) Abweichend von § 4 (5) kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
- b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder
- d) sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).

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

- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

- (9) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserrhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

(1.1) Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind. Keine Kriegereignisse im Sinne von § 5 (1) a) sind Terroranschläge.

Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von § 5 (3) geleistet.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

(1.2) Abweichend von § 5 (1) b) sind in der Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Beiträge für die Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung geschlechtsunabhängig erhoben werden, die Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig:

- Ein Anspruch besteht für insgesamt bis zu drei Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Laufzeit des Versicherungsvertrages,
- hinsichtlich der Entwöhnungsbehandlung kann kein gesetzlicher Rehabilitationssträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden,
- die Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung im ambulanten Rahmen sind bis zu einer Dauer von sechs Monaten erstattungsfähig,
- die Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung im stationären Rahmen sind bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind dabei die allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne Wahlleistungen) in Krankenhäusern, die der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen,
- der Versicherer hat vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage erteilt,
- die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70 % erstattet.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

(1.3) Leistungspflicht besteht für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei begründeter Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu fünf Behandlungen.

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

(1.4) Abweichend von § 5 (1) d) sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Sinne von § 4 (5.1) d) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Eine Anschlussheilbehandlung in diesem Sinne liegt vor, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt oder im ambulanten Rahmen anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

(1.5) Abweichend von § 5 (1) e) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

f) entfallen

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

(1.1) Die Nachweise sind in Urschrift vorzulegen. Sie müssen den Namen der behandelten Person und die klinische Bezeichnung der behandelten Krankheit enthalten.

Bei Kostenbeteiligung eines anderen Versicherers genügt die Vorlage von Zweitschriften der Nachweise mit Erstattungsvermerk.

(1.2) Auf den Nachweisen müssen außerdem, wenn Kostenersatz beansprucht wird, die einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten, bei Krankenhausbehandlung die Art der Unterbringung und, wenn Krankenhausgeld beansprucht wird, der Aufnahme- und Entlassungstag angegeben sein.

(1.3) Nachweise in Fremdsprache sind auf Verlangen des Versicherers auf Kosten des Anspruchsstellers zu übersetzen.

(1.4) Aufwendungen für Arznei- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Nachweise zusammen mit denjenigen des Behandlers vorgelegt werden.

(1.5) Kosten gelten an dem Tag als entstanden, an dem die Heilbehandlung ausgeführt worden ist, bzw. die Arzneien, die Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

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

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

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

(4.1) Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbeleg nachzuweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

(5.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

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

§ 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.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 (2) bzw. adoptierten Kindern gemäß § 2 (3) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

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

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

- (5) 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.

- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des folgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ru-

henszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. 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.

- (8) 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 (s. 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.

(8.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzen eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

- (9) 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 VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 (4) geregelt.

(1.3) Beitragszuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte außerhalb Europas können vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltergruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen Alterwerdens 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. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von

mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(1.1) Für Tarife bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. In den Tarifen VE, EZ, EZ-E und der Tarifstufe A 1360 ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

Für Tarife bei denen die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen fünf Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

(1.2) In Krankenhauskostentarifen wird jeweils geprüft, ob und inwieweit eine Anpassung des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes erforderlich ist.

(2) (entfallen)

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

§ 9 Obliegenheiten

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

(1.1) Auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet; § 4 (5) bleibt unberührt.

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

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankenkostenversicherungsvertrag abgeschlossen, oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der Gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. 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.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(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 (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten 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 Forderung des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

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.

(1.1) Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (1.1).

(3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von

drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

(3.3) Unabhängig von dem Recht auf Fortführung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (3.2) kann der Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Vereinbarung von Zusatztarifen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, in denen die versicherte Person versicherungsfähig ist, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten verlangen. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet, soweit der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammen nicht höher und umfassender ist, als der Versicherungsschutz vor Eintritt der Versicherungspflicht. Dieses Anrecht auf eine solche Vereinbarung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Vereinbarung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht.

(4) 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 oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung 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.

(4.1) Abweichend von § 13 (4) kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages gemäß § 8 a (1.2) das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so 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. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) 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 Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

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

(8.1) § 13 (8) Satz 2 findet insoweit keine Anwendung, wenn die versicherte Person einer vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 in Tarife gewechselt ist, für die ein Übertragungswert aufgebaut wird.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) 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.

(10.1) Abweichend von § 13 (10) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenvollversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(2.1) Der Versicherer verzichtet auch auf das ordentliche Kündigungsrecht für eine Krankheitskosten-Teilversicherung.

(2.2) Abweichend von § 14 (2) kann der Versicherer frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer (§ 13 Abs. 1.1) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 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) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(3.1) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

(4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a – 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

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.

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.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Tarif uni-med|A für ambulante Naturheilverfahren, Heilpraktiker- behandlung, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Sehhilfen und Maßnahmen der refraktiven Chirurgie

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-med|A sind:

- a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
- b) Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

II Leistungen des Versicherers

1 Naturheilverfahren/Osteopathie

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1.1 Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für:

a) Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden einschließlich der in diesem Rahmen erbrachten Heilmittel, angeordneten Laborleistungen und verordneten Arznei- und Verbandsmittel. Insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und nach dem jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtlinien (Hufeland-Verzeichnis). Hierzu gehören beispielsweise:

- Akupunktur,
- Anthroposophie,
- Bachblütentherapie,
- Biochemie (Schüßler-Salze),
- Chiropraktik,
- Homöopathie (einschließlich Globuli),
- Osteopathie,
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

b) Osteopathie durch andere Leistungserbringer

Ambulante osteopathische Behandlungen durch andere als die unter a) genannten Leistungserbringer werden erstattet, wenn die Behandlungen von einem Arzt auf einem Privatrezept verordnet wurden und qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Physiotherapeuten durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

1.1.2 Auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird verzichtet.

1.1.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z. B. Vitamine/Mineralstoffe), Gewichtsreduktions-, Schlaf-, Haarwuchs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenz- und erektionsfördernde Mittel, Mittel zu Empfangnisverhütung sowie Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate.

1.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Je nach vereinbarter Tarifstufe gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren:

Tarifstufe	Erstattungs- prozentsatz	Leistungshöchstbetrag innerhalb von zwei Kalenderjahren
uni-med A-Komfort	50 %	600 EUR
uni-med A-Premium	70 %	1.200 EUR
uni-med A-Exklusiv	90 %	1.800 EUR

Bei der Ermittlung der Leistungshöchstbeträge werden die Erstattungen des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung stattfand, und die Erstattungen des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

2 Vorsorge/Schutzimpfungen

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für durch einen Arzt durchgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder der Heilfürsorge, sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die nach Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge verbleiben. Nicht zu den erstattungsfähigen Leistungen gehören zahnärztliche Vorsorgemaßnahmen.

a) Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die der Früherkennung von Krankheiten dienen. Hierzu gehören beispielsweise:

- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL),
- Gesundheits-Check-up,
- Manager-Check-up,
- Ultraschall-Check-up,
- Augenvorsorge,
- Glaukomfrüherkennung,
- Erweiterte Laborwerte,
- Knochendichtemessung,
- Hautkrebsvorsorge,
- Gynäkologische Ultraschalluntersuchung,
- Ultraschall-Brustkrebsvorsorge,
- Urologische Krebsvorsorge,
- Darmspiegelung,
- Schwangerschaftsvorsorge,
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Kinder- und Jugendlichenvorsorge.

b) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Impfstoff im Rahmen von Schutzimpfungen. Hierzu gehören beispielsweise:

- Schutzimpfungen nach Empfehlung der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut (STIKO),
- Hepatitischutzimpfungen,
- Reiseschutzimpfungen,
- FSME-Schutzimpfungen (Zeckenschutzimpfungen),
- Gripeschutzimpfungen.

2.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Je nach vereinbarter Tarifstufe gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz	Leistungshöchstbetrag innerhalb von zwei Kalenderjahren
uni-med A-Komfort	100 %	125 EUR
uni-med A-Premium	100 %	250 EUR
uni-med A-Exklusiv	100 %	375 EUR

Dabei werden die Erstattungen des Kalenderjahres, in welchem die Vorsorgeuntersuchung bzw. Schutzimpfung stattfand, und die Erstattungen des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

3 Sehhilfen

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für

- Brillengläser,
- Brillengestelle und
- Kontaktlinsen

einschließlich notwendiger Reparaturen.

3.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Je nach vereinbarter Tarifstufe gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz	Leistungshöchstbetrag innerhalb von zwei Kalenderjahren
uni-med A-Komfort	100 %	200 EUR
uni-med A-Premium	100 %	250 EUR
uni-med A-Exklusiv	100 %	300 EUR

Dabei werden die Erstattungen des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wurde, und die Erstattungen des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

4 Maßnahmen der refraktiven Chirurgie

4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen. Hierzu gehören beispielsweise:

- LASIK-Operationen,
- Femto-LASIK-Behandlungen,
- LASEK/PRK-Operationen,
- Clear-Lens-Exchange.

4.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Ein Leistungsanspruch entsteht erstmals für eine Behandlung nach Ablauf des 2. Versicherungsjahres. Der Leistungsanspruch besteht für eine einmalige Behandlung pro Auge während der Vertragslaufzeit.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und Vertragslaufzeit gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und insgesamt für beide Augen:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz	Leistungshöchstbetrag einmalig nach Ablauf des	
		2. Versicherungs-jahres	4. Versicherungs-jahres
uni-med A-Komfort	100 %	250 EUR	500 EUR
uni-med A-Premium	100 %	500 EUR	1.000 EUR
uni-med A-Exklusiv	100 %	750 EUR	1.500 EUR

III Erstattungsfähigkeit von Heilbehandler-Honoraren

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu den Höchstsätzen nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

IV Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 01.01., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

V Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und aus den Paragraphen

§ 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

- (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 leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung dieses Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und aus den Paragrafen

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
 6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 153 Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und aus dem Paragraf - Gesetzliche Krankenversicherung -

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 01. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
 3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
 4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
 5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungsparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen -

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

■ Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozent des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

■ Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

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

Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie und etwaig andere betroffene Personen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. **Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z. B. versicherte Personen, Beitragszahler/innen, etc.) entsprechend.**

Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zustehenden Rechte können Sie aus den folgenden Absätzen entnehmen. Auch stehen sie Ihnen im Internet unter www.universa.de/ds-info immer in der aktuellen Fassung zur Verfügung. Sofern Sie es wünschen, erhalten Sie die Informationen auch in Papierform.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Str. 1-7
90489 Nürnberg
Telefon: +49 911 5307-0
Fax: +49 911 5307-3700
E-Mail-Adresse: service@universa.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datschutz@universa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.universa.de/ds-info abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zu Behandlungen und Erkrankungen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Leistung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der uniVersa Krankenversicherung a.G. bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für das Angebot bedarfsgerechter Produkte und Dienstleistungen Ihrer individuellen Situation und Ihren Bedürfnissen entsprechend, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der uniVersa Lebensversicherung a.G., der uniVersa Allgemeine Versicherung AG sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrecht-

licher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen Zweck verarbeiten wollen, der von den oben aufgeführten genannten Zwecken wesentlich abweicht, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Herkunft der Daten

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von für Sie zuständigen Vermittlern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten (z. B. einer Kreditauskunftei) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben. Weiterhin verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag/-ort und Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten). Darüber hinaus können dies auch Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Setzt der Sie betreuende Vermittler Untervermittler oder auch eine Maklerservice-Gesellschaft (Maklerpool) für die Betreuung und Beratung ein, werden Ihre personenbezogenen Daten auch an diese Stellen übermittelt.

Datenverarbeitung in den uniVersa Versicherungsunternehmen und den damit verbundenen Unternehmen:

Einzelne Unternehmen der uniVersa Versicherungsunternehmen nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben auch für die anderen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen der uniVersa Versicherungsunternehmen besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso, zur Provisionsbearbeitung oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein uniVersa Versicherungsunternehmen verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister und Empfänger:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer, Dienstleister und Empfänger, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version der Übersicht im Internet entnehmen, zu finden unter www.universa.de/ds-info.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 18

91522 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Infoscree Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, ist eine der Auskunftei, bei der Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens abgefragt werden können. Solche Auskünfte sind notwendig, um das Zahlungsausfallrisiko (z. B. bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Zahlungsverzug) einschätzen zu können. Die Infoscree Consumer Data GmbH verarbeitet personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zum Zahlungsverhalten von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Nähere Informationen gem. Art. 14 DS-GVO über die Infoscree Consumer Data GmbH stellt Ihnen diese unter www.experian.de/icd-infoblatt zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Weitergehende Informationen zu den Standardvertragsklauseln (Standarddatenschutzklauseln) bzw. zu den Angemessenheitsbeschlüssen der Europäischen Kommission können Sie unter ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/international-dimension-data-protection/standard-contractual-clauses-scc_de bzw. unter ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/international-dimension-data-protection/adequacy-decisions_en abrufen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir teilweise vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen insbesondere auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen etc., den daraus resultierenden Bearbeitungsrichtlinien sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen (z. B. Gebührenordnung für Ärzte).

Ziel ist es mit unseren automatisierten Entscheidungen die Leistungsbearbeitung im Interesse unserer Versicherten schnell und kostengünstig durchzuführen. Dazu nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den oben beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung.

Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Dienstleister- und Empfängerliste

In der nachfolgenden Liste werden die Auftragnehmer, Dienstleister- und Empfänger bzw. Kategorien von Auftragnehmern, Dienstleistern und Empfängern einschließlich der übertragenen Aufgaben genannt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene und besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Gesundheitsdaten, und andere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. verarbeiten. Die Liste schafft für Sie Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten und insbesondere darüber, wer Ihre Daten zu welchem Zweck verarbeitet, da die uniVersa Krankenversicherung a.G. nicht sämtliche Datenverarbeitungen selbst vornimmt bzw. selbst vornehmen kann. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle in der Liste genannten Auftragnehmer, Dienstleister bzw. Empfänger weitergegeben werden.

Grundlage der Dienstleister- und Empfängerliste sind die Einwilligung- und Schweigepflichtenbindungserklärung, die Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct), denen die uniVersa Krankenversicherung a.G. zum 01.01.2014 beigetreten ist sowie die ab 25.05.2018 geltende Datenschutz-Grundverordnung DS-GVO.

uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG (gemeinsame Datensammlung der Versicherer uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und uniVersa Krankenversicherung a.G. bzgl. ihres Bestandsverwaltungssystems, Vertrieb, IT-Dienstleistungen), Davev e.G., Fidelity Information Services Kordoba GmbH (Druckdienstleistungen), Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG (Adressermittlung, Adressverifikation), GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG (Datenübermittlungen an Dienstleister), Giesecke & Devrient GmbH (Druckdienstleistungen (uniVersa-Card)), Infoscore Consumer Data GmbH (Wirtschafts- bzw. Bonitätsauskünfte), Swiss Post Solutions GmbH (KVNR/RVNR: Beschaffung, Abwicklung, Druck- und Call-Center-Dienstleistungen), uniVersa Lebensversicherung a.G. und deren Dienstleister (IT-Leistungen, z. B. Bereitstellung der technischen Infrastruktur, Wartung, Pflege, Tests), Ärzte/Krankenhäuser bzw. sonstige Leistungserbringer (Leistungsabwicklung, Risikobeurteilung bei Antragstellung (nur Ärzte)), Assisteure (Assistancedienstleistungen), Dienstleister für die Gutachterauswahl und -erstellung (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten; Auswahl von Gutachtern; Qualitätsmanagement von Gutachten), Drittschuldner (Lohn- oder Gehaltspfändung, im Falle von Zahlungsverzug), Entsorgungsdienstleister (Vernichtung von Dokumenten und sonstigen Datenträgern (Festplatten etc.)), Finanz-/Aufsichtsbehörden (Meldungen und Abgaben, Prüfungen gem. gesetzlicher Anforderungen), Finanzinstitute (Geldverkehr), Gutachter (Risiko- und Leistungsfallprüfung), Hilfsmittelversorger (Versorgung mit Hilfsmitteln), Insolvenzverwalter (Insolvenzfälle), IT-Unternehmen (Wartung/Pflege von Hard- und Software etc.), Private Krankenversicherungsunternehmen (Vor- und Nachversicherungsanfragen), Recherchedienstleister (Auskunfts- und Recherchedienstleistungen in der Krankentagegeldversicherung in Betrugsfällen), Rechtsanwälte (Prozessführung/Gerichtliche Geltendmachung rückständiger Beitragsforderungen sowie Akteneinsicht im Versicherungs- oder Fraudfall), Rückversicherer (Rückversicherungsgeschäft (Monitoring/Revision/Schadenregulierung)), Wirtschaftsprüfer (Buchprüfung (Jahresabschluss)).

Widerrufsbelehrung für Ihre Krankenzusatzversicherung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 – 7, 90489 Nürnberg, per Fax +49 911 5307-1788, per E-Mail: info@universa.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei einem vierteljährlichen Beitrag um 1/90, bei einem halbjährigen Beitrag um 1/180 und bei einem jährlichen Beitrag um 1/360 des im Versicherschein genannten Beitrags pro Tag. Der Versicherer hat zurückzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

Begriffsbestimmungen nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Angehörige nach § 15 der Abgabenordnung (AO)

(1) Angehörige sind:

1. der Verlobte,
2. der Ehegatte oder Lebenspartner,
3. Verwandte und Verschwägte gerader Linie,
4. Geschwister,
5. Kinder der Geschwister,
6. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
7. Geschwister der Eltern,
8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

(2) Angehörige sind die in Absatz 1 aufgeführten Personen auch dann, wenn

1. in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
2. in den Fällen der Nummern 3 bis 7 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
3. im Fall der Nummer 8 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) gegebenenfalls Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Guten Tag,

zur Beurteilung des zu versichernden Risikos ist es notwendig, dass Sie die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7 in 90489 Nürnberg schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Für den Fall, dass Sie bereits den Abschluss des Vertrages beantragen, beachten Sie bitte, dass, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet sind.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können

wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.


**uni-med|A-
Komfort**

- ✓ **50 %** bis zu 600 EUR für **Naturheilverfahren** durch Ärzte und Heilpraktiker – auch **Osteopathie** innerhalb zwei KJ
- ✓ **125 EUR** für alle **Vorsorgeuntersuchungen** und Schutzimpfungen durch Ärzte innerhalb zwei KJ
- ✓ **200 EUR** für **Sehhilfen** innerhalb zwei KJ
- ✓ Bis zu **500 EUR** ab dem 5. VJ für **refraktive Chirurgie** wie z. B. LASIK (250 EUR nach dem 2. VJ)

**uni-med|A-
Premium**

- ✓ **70 %** bis zu 1.200 EUR für **Naturheilverfahren** durch Ärzte und Heilpraktiker – auch **Osteopathie** innerhalb zwei KJ
- ✓ **250 EUR** für alle **Vorsorgeuntersuchungen** und Schutzimpfungen durch Ärzte innerhalb zwei KJ
- ✓ **250 EUR** für **Sehhilfen** innerhalb zwei KJ
- ✓ Bis zu **1.000 EUR** ab dem 5. VJ für **refraktive Chirurgie** wie z. B. LASIK (500 EUR nach dem 2. VJ)

**uni-med|A-
Exklusiv**

- ✓ **90 %** bis zu 1.800 EUR für **Naturheilverfahren** durch Ärzte und Heilpraktiker – auch **Osteopathie** innerhalb zwei KJ
- ✓ **375 EUR** für alle **Vorsorgeuntersuchungen** und Schutzimpfungen durch Ärzte innerhalb zwei KJ
- ✓ **300 EUR** für **Sehhilfen** innerhalb zwei KJ
- ✓ Bis zu **1.500 EUR** ab dem 5. VJ für **refraktive Chirurgie** wie z. B. LASIK (750 EUR nach dem 2. VJ)

Die genauen Vertragsinhalte ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

uniVersa
Krankenversicherung a.G.
Abteilung PVV
90333 Nürnberg

Einfach abreißen, falten und in ein Fensterkuvert geben

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift 90333 Nürnberg

Telefon +49 911 5307 - 0
Telefax +49 911 5307 - 1788
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht: Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Michael Baulig (Vors.),
Werner Gremmelmaier, Frank Sievert

Steuer-Nr.: 241/101/00155
Postbank AG Nürnberg
IBAN: DE60 7601 0085 0090 5008 53
BIC: PBNKDEFF760

BB-Nr.	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Ext. Antragsnummer	eAntragsnummer	Partnernummer
--------	-----------	---------------	--------------------	----------------	---------------



uni-med|A

Versicherungs-Nr.: _____

 Versicherungsbeginn: **01.** ____ **20** ____

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes uni-med|A für nachstehend aufgeführte Personen. Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärungen, die sonstigen Einwilligungserklärungen und Datenschutzhinweise sowie die beiliegenden Vertragsinformationen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen. Dem Versicherungsvertrag liegen die für den abgeschlossenen Tarif geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers zugrunde.

Antragsteller/Versicherungsehemer

* freiwillige Angaben

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	Titel		Namensvors.		Geb.-Datum	
			z.B. Prof., RA		z.B. Dr., Dr. med.		z. B. von, van, del	
Name					Vorname			
Straße			Hausnummer		PLZ		Wohnort	
Festnetz privat*			Mobil*		E-Mail*			

Zu versichernde Person(en)

Person Nr. 1	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	Titel		Namensvors.		Geb.-Datum	
			z.B. Prof., RA		z.B. Dr., Dr. med.		z. B. von, van, del		
Name					Vorname				
Person Nr. 2	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	Titel		Namensvors.		Geb.-Datum	
			z.B. Prof., RA		z.B. Dr., Dr. med.		z. B. von, van, del		
Name					Vorname				

Ich wünsche den Versicherungsschutz nach

Eintrittsalter ¹⁾	monatliche Beiträge in EUR
bis 15	2,93
16-20	6,59
21-25	7,05
26-30	8,02
31-35	9,32
36-40	11,39
41-45	13,77
46-50	15,21
51-55	14,66
56-60 ²⁾	13,88

uni-med|A-Komfort

 Pers. Nr. 1
 Pers. Nr. 2

Ich wünsche den Versicherungsschutz nach

Eintrittsalter ¹⁾	monatliche Beiträge in EUR
bis 15	5,89
16-20	15,93
21-25	16,70
26-30	20,04
31-35	22,34
36-40	25,65
41-45	28,88
46-50	30,48
51-55	30,89
56-60 ²⁾	29,63

uni-med|A-Premium

 Pers. Nr. 1
 Pers. Nr. 2

Ich wünsche den Versicherungsschutz nach

Eintrittsalter ¹⁾	monatliche Beiträge in EUR
bis 15	12,90
16-20	40,18
21-25	38,45
26-30	39,13
31-35	41,46
36-40	44,55
41-45	48,47
46-50	51,90
51-55	51,75
56-60 ²⁾	50,54

uni-med|A-Exklusiv

 Pers. Nr. 1
 Pers. Nr. 2

Die nebenstehenden Beiträge gelten für Versicherungsbeginn ab 01.01.2025 bis 01.12.2025

 uni-med|A-Komfort, uni-med|A-Premium und uni-med|A-Exklusiv sind für eine Person nicht kombinierbar.

¹⁾Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginnes.

²⁾Beiträge für Altersgruppen ab 61 finden Sie auf Seite 5 der Verbraucherinformation.

Gesundheitsfrage

Wichtiger Hinweis:

GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG) SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ODER FÜR DIE ZUKUNFT ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEBENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VVG ENTREHMEN SIE BITTE DEN SEITEN 38 UND 39.

Bestehen oder bestanden in den letzten 2 Jahren eine oder mehrere der nachfolgenden Erkrankungen/Erkrankungen/Beschwerden?

Erkrankungen und medizinisch behandelte Beschwerden der Wirbelsäule oder Rückenmuskulatur, chronische Kopfschmerzen, Migräne, psychische Erkrankungen, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes (Reizdarm, Obstipation/Verstopfung, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Dysbiose), chronische Hauterkrankungen (Neurodermitis, atopisches/endogenes Ekzem, Psoriasis, Schuppenflechte), Krebserkrankungen, HIV/Aids, rheumatische Erkrankungen, Polyarthritiden, Fibromyalgie.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller sowie die mitzuversichernde(n) Person(en) verpflichtet sind, uns diese Frage wahrheitsgemäß zu beantworten. Zur Verifizierung Ihrer Angaben im Rahmen der Anzeigepflichtprüfung kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

Wenn Sie diese Frage mit „ja“ beantworten, ist der Abschluss leider nicht möglich.

Angaben zum Angehörigenverhältnis

Sind Antragsteller und zu versichernde Person nicht identisch, muss die folgende Frage immer beantwortet werden. Besteht zwischen dem Antragsteller und der zu versichernden Person ein näheres Angehörigenverhältnis im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder des § 15 der Abgabenordnung? Die Definition des näheren Angehörigenverhältnisses finden Sie auf Seite 37.

 Person Nr. 1 Ja Nein Person Nr. 2 Ja Nein

Bitte beachten Sie: Für die zu versichernde Person ist ein Vertragsabschluss sowie eine von § 204 VVG abweichende Vertragsänderung nur dann möglich, wenn ein näheres Angehörigenverhältnis vorliegt und somit keine Versicherungssteuerpflicht entsteht.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftendaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren eingesetzt, wird die elektronische Unterschrift für 3 Jahre gespeichert. Bei einer elektronischen Unterschrift werden als biometrische Daten die Schreibgeschwindigkeit, -richtung, der Andruck usw. gespeichert. Damit wir diese Daten verwenden dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine biometrischen Unterschriftendaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Empfangsvollmacht der zu versichernden Person für das elektronische Antragsverfahren

Wird eine Einwilligung im elektronischen Antragsverfahren eingeholt, wird der Erklärungsinhalt dem Betroffenen im Nachgang in Textform bestätigt. Die Bestätigung erfolgt – falls die zu versichernde Person nicht gleichzeitig Antragsteller/Versicherungsehemer ist (im Folgenden „Antragsteller“) – auch für die zu versichernde Person durch die Übermittlung des Erklärungsinhalts an den Antragsteller. Eine gesonderte Bestätigung an die zu versichernde Person erfolgt nicht.

Die zu versichernde Person erteilt dem Antragsteller Empfangsvollmacht betreffend den Erklärungsinhalt ihrer im elektronischen Verfahren abgegebenen Einwilligungen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtenbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtenbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzdienstleister, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der nachfolgend genannten Adresse zu widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa Krankenversicherung a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Wir werden die erforderlichen Einwilligungen und Schweigepflichtenbindungserklärungen im jeweiligen Einzelfall bei Ihnen einholen.

2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss für die uniVersa Krankenversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung oder im Rahmen der Angebotsanforderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtenbindung.

Ich/wir - Pers. Nr. _____ willige/n ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. – soweit es für die erneute Prüfung des Antrags oder für den Leistungsfall erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die uniVersa Krankenversicherung a.G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die uniVersa Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Antrag mit nur einer Gesundheitsfrage

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der uniVersa Lebensversicherung a.G., der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die uniVersa Krankenversicherung a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie auf Seite 34. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.universa.de/ds-info eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon +49 911 5307-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die uniVersa Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die uniVersa Krankenversicherung a.G. Rückversicherungen abschließen, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die uniVersa Krankenversicherung a.G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die uniVersa Krankenversicherung a.G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvertreuer übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die uniVersa Krankenversicherung a.G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Die Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

Einwilligung in die Datenverarbeitung zu Werbezwecken

Die uniVersa Krankenversicherung a.G., uniVersa Lebensversicherung a.G. und uniVersa Allgemeine Versicherung AG, Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg (nachfolgend kurz „uniVersa“) und Ihr betreuender Vermittler können Ihre personenbezogenen Daten ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung per Post für eigene Versicherungsprodukte sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwenden. Dem können Sie jederzeit formlos gegenüber der uniVersa widersprechen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Die uniVersa und Ihr betreuender Vermittler möchten Sie darüber hinaus zu versicherungsbezogenen Produkten und Services (Angebote der Privaten Krankenversicherung, Lebens- und Kompositversicherung) per Telefon und E-Mail informieren und kontaktieren. Zudem möchte die uniVersa Sie zu Markt- und Meinungsforschungszwecken (z. B. Kundenzufriedenheitsanalyse) ansprechen. Zur Verwendung Ihrer im Rahmen einer Vertragsbeziehung angegebenen Kontaktdaten (Anrede, Name, Vorname, Telefon-, E-Mailadresse) benötigt die uniVersa Ihre Einwilligung.

Ja, ich willige ein, dass die uniVersa und mein betreuender Vermittler meine Kontaktdaten verwenden dürfen, um mich zu deren versicherungsbezogenen Produkten und Services per Telefon und E-Mail zu informieren und zu Markt- und Meinungsforschungszwecken anzusprechen.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später per Post, E-Mail, Telefon oder Telefax formlos mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten. Ihre Werbeeinwilligung gilt für die Dauer des Vertrages und bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung bei Antragseinreichung über Vertriebsgesellschaften/ Maklerpools

Vertriebsgesellschaften und Maklerpools können einen Versicherungsvertreter u.a. bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung von Versicherungsverträgen (z.B. Erstellung von Courtageabrechnungen) unterstützen. Sollte der Antrag über eine Vertriebsgesellschaft oder einen Maklerpool eingereicht werden, erfolgt die Information hierüber durch den Sie betreuenden Versicherungsvertreter.

Zur Begründung (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge etc.), Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages benötigt auch die/der vom Vermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft/Maklerpool von der uniVersa Krankenversicherung a.G. Informationen zu vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre diesbezüglichen personenbezogenen Daten, sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für deren Weitergabe an die Vertriebsgesellschaft/den Maklerpool durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. sowie die Datenweitergabe der Vertriebsgesellschaft/des Maklerpools an die uniVersa Krankenversicherung a.G. benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindungserklärung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Unsere Kontaktdaten finden Sie bei unseren Unternehmensangaben in der Fußzeile auf der letzten Seite unten.

Ich willige ein, dass die uniVersa Krankenversicherung a.G. der/dem vom Versicherungsvertreter beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermittelt, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht. Gleichmaßen bin ich einverstanden, dass der Versicherungsvertreter die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist, an die bzw. den vom Versicherungsvertreter beauftragte Vertriebsgesellschaft oder beauftragten Maklerpool weitergibt. Die bzw. der beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool darf die übermittelten Daten zu den oben beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit der uniVersa Krankenversicherung a.G. verwenden. Ferner willige ich ein, dass die/der vom Versicherungsvertreter beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool an die uniVersa Krankenversicherung a.G. meine personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten übermitteln darf, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Deutschland
Hinweis: Soweit es sich um Zahlungen handelt, die der uniVersa Krankenversicherung a.G. zustehen, ist die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Lastschriftreinzug berechtigt; sie handelt insofern im Namen und für Rechnung dieses Unternehmens.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ0000102598

Mandatsreferenznummer: Wird separat bekannt gegeben

SEPA-Einzelmandat für wiederkehrende Lastschriften

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die uniVersa Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem (unserem) nachstehend genannten Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) nachstehend genanntes Kreditinstitut an, die von der uniVersa Lebensversicherung a.G. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir (uns) der SEPA-Basis-Lastschriftreinzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung gebe ich (geben wir) Änderungen meiner (unserer) Adresse rechtzeitig bekannt.

Name Kontoinhaber (Name und Vorname, Firmenname)

Adresse Kontoinhaber (Straße, Hausnr., PLZ, Ort/Firmensitz)

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

IBAN

D E

Ort

Datum

X

Unterschrift/en Kontoinhaber (Name und Vorname, bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

Wichtige Hinweise

Bitte kündigen Sie Ihre Vorversicherung nicht, bevor Sie von uns eine Annahmeerklärung bzw. den Versicherungsschein erhalten haben. Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte ab Seite 38 die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht, ab Seite 31 die Datenschutzhinweise/ Informationen zu den Betroffenenrechten, auf Seite 34 die Dienstleister-/Empfängerliste, ab Seite 35 die Widerrufsbelehrung für die Krankenzusatzversicherung sowie auf Seite 37 die Definition des näheren Angehörigenverhältnisses.

Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG sowie die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

Unterschrift(en) zur Antragstellung

Ort

Datum

X

Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer)

X

Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

X

Stempel/Unterschrift Vermittler

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1 - 7
90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
Telefax: +49 911 5307-1788
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Michael Baulig (Vors.),
Werner Gremmelmaier, Frank Sievert

Steuer-Nr. 241/101/00155
Postbank AG Nürnberg
IBAN: DE60 7601 0085 0090 5008 53
BIC: PBNKDEFF6760

Sanfte Medizin, umfassende VORSORGE – beste AusSICHTen!

... für gesetzlich Versicherte und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Mit uni-medIA-Komfort, uni-medIA-Premium und uni-medIA-Exklusiv stehen Ihnen drei Tarifstufen zur Verfügung – entscheiden Sie sich für den Schutz, der am besten zu Ihren Bedürfnissen passt!

- ✓ Individueller Versicherungsschutz nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen durch drei Tarifstufen
- ✓ Unkomplizierte Antragstellung mit nur einer Gesundheitsfrage
- ✓ Top-Preis-Leistungsverhältnis

Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne ausführlich



*Mehr Informationen zur uniVersa
und unseren Tarifen erhalten Sie
unter: www.universa.de*



uniVersa

Krankenversicherung a.G.

90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0

Telefax: +49 911 5307-1788

E-Mail: info@uniVersa.de