Janitos Krankenzusatz-versicherung stationär

Kundeninformation

- Erklärung und wichtige Hinweise
- Produktinformationsblatt (IPID)
- Allgemeine Kundeninformation
- Datenschutz-Informationsblatt
- Dienstleisterliste
- Bedingungswerk

Tarifstand: April 2021

Dokument Stand: Februar 2021

ERKLÄRUNG UND WICHTIGE HINWEISE.

Annahmerichtlinien.

<table>
<tr><td>Tarife:</td><td>• JA dental
• JA dental plus
• JA dental max
• JA stationär plus</td></tr>
<tr><td colspan="2">Abschlussmöglichkeiten (mögliche Kombinationen)</td></tr>
<tr><td>Aus jeder Gruppe kann jeweils nur ein Tarif abgeschlossen werde</td><td>
<table>
<tr><td></td><td>JA dental</td><td>JA dental plus</td><td>JA dental max</td><td>JA stationär plus</td></tr>
<tr><td>JA dental</td><td>nein</td><td>nein</td><td>nein</td><td>ja</td></tr>
<tr><td>JA dental plus</td><td>nein</td><td>nein</td><td>nein</td><td>ja</td></tr>
<tr><td>JA dental max</td><td>nein</td><td>nein</td><td>nein</td><td>ja</td></tr>
<tr><td>JA stationär plus</td><td>ja</td><td>ja</td><td>ja</td><td>nein</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Versicherbarer Personenkreis</td><td>Versicherbar sind alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland und bestehender deutscher Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV).</td></tr>
<tr><td>Prämienberechnung/ Altersgruppenwechsel</td><td>Die Prämie in der Krankenversicherung wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert, eine Altersrückstellung wird nicht gebildet. Für jedes Alter werden – unabhängig vom Geschlecht – Altersgruppen gebildet. Jeweils im April eines jeden neuen Versicherungsjahres ändert sich das für die Beitragsabrechnung maßgebende Alter und die Prämienberechnung erfolgt anhand des dann gültigen Alters der versicherten Person.</td></tr>
<tr><td>Berechnung des Eintrittsalters</td><td>Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen Kalender- und Geburtsjahr.</td></tr>
<tr><td>Versicherungsbeginn</td><td>Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen.
Eine Rückdatierung des Versicherungsbeginns ist nicht möglich.</td></tr>
<tr><td>Prämienzahlweise</td><td>Die Zahlweise kann jährlich, halbjährlich, vierteljährlich und monatlich erfolgen, sofern eine Mindestzahlrate von 5,- Euro erreicht wird. Ratenzahlungszuschläge werden nicht erhoben. Eine Versicherungssteuer fällt bei Krankenversicherungsprodukten nicht an.</td></tr>
<tr><td>Prämienzahlart</td><td>Bei Vertragsabschluss kann als Prämienzahlart nur das Lastschrifteinzugsverfahren gewählt werden</td></tr>
<tr><td>Prämienrabatte</td><td>Rabatte können auf KV-Produkte nicht eingeräumt werden.</td></tr>
<tr><td>Höchstaufnahmealter</td><td>Für die KV-Produkte gilt kein Höchstaufnahmealter. Die Prämien sind in der Übersicht bis Alter 100 ausgewiesen.</td></tr>
<tr><td>Mindestvertragslaufzeit</td><td>Für die Krankenversicherungstarife gilt eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren.</td></tr>
<tr><td>Kündigung/Vertragsbeendigung</td><td>• Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht
• Kündigung durch VN mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf desVersicherungsjahres (§ 13 Abs. 1 AVB/JS)
• Kündigungsrecht VN aufgrund Beitragsgruppenänderung innerhalb von zweiMonaten nach Änderung (§ 13 Abs. 3 AVB/JS)
• Kündigungsrecht VN aufgrund Beitragsanpassungsklausel innerhalb von zweiMonaten nach Zugang der Mitteilung bzw. bis zum Zeitpunkt desWirksamwerdens der Erhöhung (§ 13 Abs. 4 AVB/JS)
• Tod des VN oder der versicherten Person (§ 15 Abs. 1 AVB/JS)
• Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb EU (§ 15 Abs. 3AVB/JS)
• Beendigung der Versicherung in der GKV (§ 15 Abs. 4 AVB/JS)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Tarifwechselrecht/Optionsrecht</td><td>Ein Tarifwechsel ist zur Hauptfälligkeit möglich. Bei Höherstufung kann der Versicherer für die Mehrleistung eine Gesundheitsprüfung durchführen und insoweit auch Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge verlangen.

Wird der Tarifwechsel unter Ausübung des Optionsrechtes durchgeführt, erfolgt keine Gesundheitsprüfung. Die Optionsausübung kann jeweils nach Ablauf des 3.bzw. 6. Versicherungsjahres erfolgen, sofern die zu versichernde Person beierstmaligem Beginn einer Zahnzusatzversicherung bei der Janitos Versicherung AG das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Das für die Umstellung maßgebliche 1. Versicherungsjahr beginnt frühestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat.</td></tr>
<tr><td>Wartezeiten</td><td>Für die Krankenversicherung gelten Wartezeiten. Diese rechnen vom Versicherungsbeginn an, sie entfallen bei Unfällen.
<table>
<tr><td></td><td>Zahnbehandlung</td><td>Prophylaxe</td><td>Zahnersatz</td><td>Kieferorthopädie</td></tr>
<tr><td>JA dental</td><td>nicht enthalten</td><td>nicht enthalten</td><td>8 Monate</td><td>nicht enthalten</td></tr>
<tr><td>JA dental plus</td><td>8 Monate</td><td>3 Monate</td><td>8 Monate</td><td>8 Monate</td></tr>
<tr><td>JA dental max</td><td>6 Monate</td><td>keine</td><td>8 Monate</td><td>8 Monate</td></tr>
</table>
<table>
<tr><td></td><td>Allgemeine Wartezeit</td><td>Entbindung, Psychotherapie</td></tr>
<tr><td>JA dental</td><td>3 Monate</td><td>8 Monate</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="2">Besonderheiten in den Tarifen JA dental / JA dental plus / JA dental max</td></tr>
<tr><td>Beitragszuschläge aufgrund Vorerkrankungen</td><td>Beitragszuschläge sind nicht vorgesehen.</td></tr>
<tr><td>Mitversicherung von fehlenden Zähnen / Zahnbetterkrankung</td><td>Nicht versicherbar sind Personen mit vorhandener voll- oder teilprothetischer Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz), mehr als 3 fehlenden Zähnen oder einer Zahnbetterkrankung (Parodontose / Parodontitis), die in den letzten 3 Jahren vor Vertragsabschluss eine Behandlung erforderlich machte.
Darüber hinaus sind fehlende Zähne nur versichert, wenn bei Antragstellung keine Zahnbehandlung/Zahnersatzmaßnahme angeraten oder begonnen wurde und keine provisorische Versorgung besteht.
Angeratene oder begonnene Zahnbehandlungen/Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.</td></tr>
<tr><td>Leistungsstaffeln für Zahnersatz</td><td>• 0 bis 1 fehlender Zahn (Leistungsstaffel FZ1):
1.000 Euro in den ersten 12 Monaten
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten
• 2 fehlende Zähne (Leistungsstaffel FZ2):
300 Euro in den ersten 12 Monaten
600 Euro in den ersten 24 Monaten
900 Euro in den ersten 36 Monaten
1.200 Euro in den ersten 48 Monaten
• 3 fehlende Zähne (Leistungsstaffel FZ3):
150 Euro in den ersten 12 Monaten
300 Euro in den ersten 24 Monaten
450 Euro in den ersten 36 Monaten
600 Euro in den ersten 48 Monaten</td></tr>
<tr><td colspan="2">Besonderheiten in den Tarifen JA dental / JA dental plus / JA dental max</td></tr>
<tr><td>Beitragszuschläge aufgrund Vorerkrankungen</td><td>Es erfolgt eine individuelle Prüfung der beantworteten Gesundheitsfragen, die zu einer Ablehnung, einem Risikoausschluss oder zu einem Beitragszuschlag führen können.</td></tr>
<tr><td>Versicherbare Neugeborene</td><td>Neugeborene sind erst nach durchgeführter U3 Untersuchung versicherbar. Bei Kindern bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres ist eine Kopie des U-Heftes einzureichen.</td></tr>
</table>

Vorvertragliche Anzeigepflicht nach §§ 19ff. VVG.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen 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 Janitos Versicherung, Heidelberg, 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. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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 oder schuldlos 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. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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 fünf 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.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Janitos Versicherung AG, Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise
Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Janitos Versicherung AG, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Tel. 06221-7091000, Fax 06221-7091001, versicherung@janitos.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im **Datenschutz-Informationsblatt**, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten, zur Nutzung des Hinweis-und Informationssystems der Versicherungswirtschaft (HIS)** und zu eventuell **eingesetzten automatisierten Entscheidungen.** Das **Datenschutz-Informationsblatt** finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich habe die auf den vorherigen Seiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur

I. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Janitos Versicherung AG
II. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Janitos Versicherung AG – wie die
    1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
    2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)
    3. Datenweitergabe an Rückversicherer
    4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
III. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt
IV. Widerrufsmöglichkeit

zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Janitos Versicherung AG ein.

Schlusserklärung

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. Die auf den **vorherigen Seiten** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Belehrung zur **vorvertraglichen Anzeigepflicht**, die **Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**, die **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (inkl. Widerrufsmöglichkeit)**, die **Widerrufsbelehrung** sowie die **Einwilligung in die Datenverarbeitung**; sie sind **wichtiger Bestandteil dieses Vertrages**. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt. Ich halte mich an meinen Antrag **einen Monat gebunden**. Mein **Widerrufsrecht bleibt** hiervon **unberührt**. **Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.**

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Janitos Versicherung AG (kurz Janitos) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Janitos Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Janitos benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. 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 Janitos selbst (unter 1.)
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von Janitos (unter 3.)
– 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 eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Janitos
Ich willige ein, dass Janitos die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass Janitos die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb von Janitos
Janitos verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten 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. Janitos benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Ge- sundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungs- pflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwen det und die Ergebnisse an Janitos zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Janitos führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel 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 einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Janitos Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Janitos führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Janitos erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertra genen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter
http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp
eingesehen oder bei datenschutzbeauftragter@janitos.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Janitos Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass Janitos 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe 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 Janitos Rückversicherungen einschalten, 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 Janitos Ihren Versicherungsantrag 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 Janitos aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Janitos 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 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 Janitos 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 Janitos tätigen Personen im Hinblick auf die Gesund heitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
Janitos gibt grundsätzlich keine Angabe 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 (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) 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 Janitos meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler 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 Janitos Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Janitos speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weitererVersicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei Janitos bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass Janitos 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

Krankenzusatzversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Janitos Versicherung AG
Bundesrepublik Deutschland

Produkt:
Janitos Krankenzusatzversicherung stationär

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Wir bieten Ihnen eine private Krankenzusatzversicherung für den stationären Bereich nach Art der Schadenversicherung an. Dieser Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Was ist versichert?

Tarif JA stationär plus
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall ersetzen wir 100 % Ihrer Aufwendungen für

- ✓ Wahlärztliche Leistungen;
- ✓ Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- ✓ Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern;
- ✓ Die ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung;
- ✓ Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus;
- ✓ ambulante Operationen im Krankenhaus;
- ✓ Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl;
- ✓ Transportkosten.

Den konkret vereinbarten Versicherungsschutz können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.

Was ist nicht versichert?
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ✗ Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die vorsätzlich verursacht wurden.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?
Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert:

- ! Einschränkungen unserer Leistungspflicht können sich im Rahmen der Gesundheitsprüfung ergeben, sofern Tarife mit Gesundheitsprüfung beantragt werden. Hierauf weisen wir gesondert hin;
- ! Es können Wartezeiten gelten, nach deren Ablauf Sie erst Leistungen erhalten;
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung kann abhängig von Selbstbeteiligungen und Höchstsätzen sein.

Wo bin ich versichert?
- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen zum Beispiel folgende Pflichten:

- Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung haben Sie alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.
- Sie müssen die Versicherungsprämien rechtzeitig und vollständig zahlen.
- Bitte teilen Sie uns mit, wenn für Sie oder eine mitversicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird.
- Bitte erteilen Sie uns bei Eintritt des Versicherungsfalles alle zur Feststellung des Versicherungsfalles sowie unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlichen Auskünfte und überlassen uns die Unterlagen, die wir hierfür benötigen.

Wann und wie zahle ich?

Die erste Prämie müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Prämien zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt.
Die Prämien sind gemäß der vereinbarten Zahlungsart (Einzug per SEPA-Lastschrift) und Zahlungsweise zu entrichten. Die Zahlungsweise können Sie ebenfalls Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Diese kann, in Abhängigkeit der jeweiligen Annahmerichtlinien, monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich vereinbart werden.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Ablauf von vereinbarten Wartezeiten und nicht vor Zahlung der Erstprämie.
Ihr Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, außer Sie haben den Vertrag gekündigt.
Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss der Vertragspartei spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer zugegangen sein.
Außerdem können Sie den Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen vorzeitig beenden. Das ist zum Beispiel der Wegfall der Versicherungsfähigkeit, insbesondere die Beendigung der Versicherung in der GKV.

Allgemeine Kundeninformation der Janitos Versicherung AG

INFORMATIONEN ZUM VERSICHERER

Gesellschaftsangaben und ladungsfähige Anschrift

Janitos Versicherung AG

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Mannheim/HRB 336562
Steuernummer	Ust-ID: DE 814582874
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Dr. Mathias Bühring-Uhle
Vorstand	Markus Lichtinghagen (Vorstands-vorsitzender) Timo Hertweck Dieter Klose
Postanschrift/Hausanschrift	Postfach 10 41 69 69031 Heidelberg Im Breitspiel 2–4 69126 Heidelberg

HDI Versicherung AG — Risikoträger und Hersteller der Berufshaftpflichtversicherung

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Hannover/B 58934
Steuernummer	Ust-ID: DE 813596664
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Dr. Christopher Lohmann
Vorstand	Dr. Christoph Wetzel (Vorsitzender) Wolfgang Hanssmann Herbert Rogenhofer Jens Warkentin
Postanschrift/Hausanschrift	HDI-Platz 1, 30659 Hannover
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

DEURAG Deutsche Rechtschutz Versicherung AG
Risikoträger der Rechtsschutzkomponente in der Privathaftpflicht-versicherung Best Selection und Premium

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Wiesbaden/HRB 3995
Steuernummer	Ust-ID: DE 811344831
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Dr. Klaus Sticker
Vorstand	Christian Appelkamp Karlheinz Kutschenreiter Udo Steinhorst Dr. Thomas Wolf
Postanschrift/Hausanschrift	Abraham-Lincoln-Str. 3, 65189 Wiesbaden
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

Inter Partner Assistance S.A. Direktion für Deutschland.
Risikoträger des Online-Schutzes im Rahmen der Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung sowie des Produktbausteins JurDrive in der Kraftfahrzeugversicherung

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und -nummer	Handelsregister Köln/HRB 88893
Steuernummer	Ust-ID: DE 129357264
Hauptbevollmächtigter	Helmut Olfert
Postanschrift/Hausanschrift	Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Ladungsfähige Anschrift	siehe Postanschrift/Hausanschrift

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an das Beschwerdemanagement der Janitos Versicherung AG.

Janitos Versicherung AG
Beschwerdemanagement
Im Breitspiel 2-4
69126 Heidelberg
Fon: +49 6221 709 1460

Sie können sich darüber hinaus bei Beschwerden zur Schadensversicherung an den Versicherungsombudsmann wenden.

Versicherungsombudsmann
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Versicherungsombudsmann für Krankenversicherung
Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch diese Einrichtung nicht berührt.

INFORMATIONEN ZUR VERSICHERUNGSLEISTUNG UND ZUM GESAMTBEITRAG

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen sowie die Gesamtprämie (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt bzw. im Vorschlag zu Ihrer Versicherung genannt.

INFORMATIONEN ZUM VERTRAG

Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben. Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben 6 Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir gerne einen neuen Vorschlag.

Bindefrist

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einen Monat gebunden.

Zustandekommen des Vertrags

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmende Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.

Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg
Fon +49 6221 709 1000

Firmensitz:
Im Breitspiel 2–4
69126 Heidelberg
www.janitos.de

Handelsregister Mannheim
HRB: 336562
USt-ID: DE 814582874
Vers.-Steuer-Nr. 801/V90801003593

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Mathias Bühring-Uhle
Vorstand: Markus Lichtinghagen (Vorsitzender),
Timo Hertweck, Dieter Klose

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE15600501017421503251
BIC: SOLADEST600

Laufzeit des Vertrages
Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. dem Vorschlag zu Ihrer Versicherung.

Beendigung des Vertrages
Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.

Vertragssprache
Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt.

Anwendbares Recht
Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gerichtsstand
Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor dem zuständigen Gericht Ihres Wohnortes geltend gemacht werden.

WIDERRUFSBELEHRUNG

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg

Einen Widerruf zur Berufshaftpflichtversicherung können Sie auch an den Hersteller und Risikoträger der Berufshaftpflichtversicherung richten:
HDI Versicherung AG
HDI-Platz 1
30659 Hannover
E-Mail: ZFPB-Vertragsservice@hdi.de

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Prämie**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise
Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. **Das Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg
Fon +49 6221 709 1000

Firmensitz:
Im Breitspiel 2–4
69126 Heidelberg
www.janitos.de

Handelsregister Mannheim
HRB: 336562
USt-ID: DE 814582874
Vers.-Steuer-Nr. 801/V90801003593

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Mathias Bühring-Uhle
Vorstand: Markus Lichtinghagen (Vorsitzender),
Timo Hertweck, Dieter Klose

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE15600501017421503251
BIC: SOLADEST600

Datenschutz-Informationsblatt

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Janitos Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, Office Port II
69126 Heidelberg
Telefon: +49 6221 709 1000
Fax: +49 6221 709 1001
E-Mail: versicherung@janitos.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@janitos.de

ZWECKE UND RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), 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 https://www.janitos.de/datenschutz 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 Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss, die Durchführung des Versicherungsvertrages bzw. eine Entscheidung über geltend gemachte Ansprüche oder die Bearbeitung eines Schadenfalls 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 nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen und –recherchen (auch in öffentlich zugänglichen Quellen) 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 steuerrechtlicher 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) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

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. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

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 Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die Dienstleisterliste können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter https://www.janitos.de/datenschutz entnehmen.

Externe Dienstleister:

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

Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg
Fon +49 6221 709 1000

Firmensitz:
Im Breitspiel 2–4
69126 Heidelberg
www.janitos.de

Handelsregister Mannheim
HRB: 336562
USt-ID: DE 814582874
Vers.-Steuer-Nr. 801/V90801003593

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Mathias Bühring-Uhle
Vorstand: Markus Lichtinghagen (Vorsitzender),
Timo Hertweck, Dieter Klose

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE15600501017421503251
BIC: SOLADEST600

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter https://www.janitos.de/datenschutz entnehmen.

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

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

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.

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:

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstrasse 10a
70173 Stuttgart

HINWEIS- UND INFORMATIONSSYSTEM DER VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.
Im Rahmen der Schadenbearbeitung können Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de

DATENAUSTAUSCH MIT IHREM FRÜHEREN VERSICHERER

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 Auskunftei (z.B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

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.

Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg
Fon +49 6221 709 1000

Firmensitz:
Im Breitspiel 2–4
69126 Heidelberg
www.janitos.de

Handelsregister Mannheim
HRB: 336562
USt-ID: DE 814582874
Vers.-Steuer-Nr. 801/V90801003593

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Mathias Bühring-Uhle
Vorstand: Markus Lichtinghagen (Vorsitzender),
Timo Hertweck, Dieter Klose

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE15600501017421503251
BIC: SOLADEST600

Dienstleisterliste

KONZERNGESELLSCHAFTEN MIT EINER GEMEINSAMEN VERARBEITUNG VON DATEN INNERHALB DER UNTERNEHMENSGRUPPE:

- Gothaer Allgemeine Versicherung AG
- Gothaer Finanzholding AG
- Gothaer Krankenversicherung AG
- Gothaer Lebensversicherung AG
- Gothaer Versicherungsbank VVaG
- Janitos Versicherung AG
- Gothaer Pensionskasse AG
- Gothaer Asset Management AG
- Gothaer Risk-Management GmbH
- Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
- GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
- GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
- Gothaer-Systems GmbH

Die Datenverarbeitung umfasst IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Technik.
Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung bei der Janitos Versicherung AG.

GESELLSCHAFTEN, DIE DATENVERARBEITUNG IN FUNKTIONSÜBERTRAGUNG AN DIENSTLEISTER ODER IM AUFTRAG ERBRINGEN:

a) in Einzelnennung:

AUFTRAGGEBER	AUFTRAGNEHMER	HAUPTGEGENSTAND DES AUFTRAGS	GESUNDHEITSDATEN
Janitos Versicherung AG	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum, IT-Dienstleistungen	ja
	SHE Informationstechnologie AG	Rechenzentrum	ja
	Gothaer Finanzholding AG	IT-Sicherheit	nein
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Leistungs- und Regressbearbeitung	teilweise ja
	AXA Assistance Deutschland GmbH Inter Partner Assistance S.A.	Assistanceleistungen	teilweise ja
	Service- und Controlling- GmbH (GSC)	Leistungsbearbeitung Krankenzusatzversicherung	teilweise ja
	HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG	Risikoträger und Hersteller der Berufshaftpflicht-versicherung (Schadenbearbeitung)	ja
	Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit	Risikoträger der Rechtsschutzversicherung (Schadenbearbeitung)	teilweise ja
	DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG	Risikoträger der Rechtsschutzkomponente in der Privathaftpflichtversicherung Best Selection und Premium	teilweise ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein

b) Kategorien von Gesellschaften:

AUFTRAGGEBER	AUFTRAGNEHMER	HAUPTGEGENSTAND DES AUFTRAGS	GESUNDHEITSDATEN
Janitos Versicherung AG	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter/Sachverständige	Antrags-/Leistungsprüfung, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	teilweise ja
	Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Handwerker	Reparaturen	nein
	IT-Dienstleister	Bereitstellung von IT-Kapazitäten und -Dienstleis-tungen, Hard- und Software einschließlich Wartung	teilweise ja
	Aktenlager	Lagerung und Archivierung von Akten	ja
	Druckdienstleister	Druck und Versand	nein
	Regulierungsbüro	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja
	Makler/Vermittler	Bestandsverwaltung	teilweise ja
	Lettershops/Druckereien, Postdienste	Postsendungen/Newsletter	nein
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
	Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von Akten	ja

Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg
Fon +49 6221 709 1000

Firmensitz:
Im Breitspiel 2–4
69126 Heidelberg
www.janitos.de

Handelsregister Mannheim
HRB: 336562
USt-ID: DE 814582874
Vers.-Steuer-Nr. 801/V90801003593

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Mathias Bühring-Uhle
Vorstand: Markus Lichtinghagen (Vorsitzender),
Timo Hertweck, Dieter Klose

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE15600501017421503251
BIC: SOLADEST600

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN

JANITOS KRANKENZUSATZVERSICHERUNG JA STATIONÄR PLUS

Stand 01.12.2012

Bedingungs-Nummer: 260103

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(gültig nur zusammen mit den Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG)

(Stand 01.12.2012)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 3 Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlungen

§ 8a Beitragsberechnung

§ 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Gerichtsstand

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Beiträge

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

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 leistet der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

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

(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,

b) ein medizinisch notwendiger oder ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,

c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,

d) ärztlich angeratene sowie von der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlene Schutzimpfungen nach Maßgabe der tariflichen Bestimmungen,

e) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem 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 der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere drei Monate.

(5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben. Für Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

(6) 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, setzt sich das Versicherungsverhältnis ab dem siebten Monat des Auslandsaufenthaltes mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Hält sich eine versicherte Person für eine Zeit von höchstens sechs Monaten im Ausland auf, gilt dies nicht als Verlegung ihres gewöhnlichen Aufenthalts. Auslandsaufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. 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.

§ 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.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz, auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, 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. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils ist.

(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) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet ein Jahr nach Versicherungsbeginn. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Werden zu einer bestehenden Versicherung nachträglich Personen oder Tarife eingeschlossen, endet für diese das erste Versicherungsjahr mit dem Versicherungsjahr der bereits laufenden Versicherung.

§ 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 den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung (mit Ausnahme der zahnmedizinischen Individualprophylaxe), Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Sie entfallen bei Unfällen.

(4) Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können – mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen – erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich innerhalb von zwei Wochen seit Aufforderung durch den Versicherer auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht vorzulegen. Nach Ablauf der Frist gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(5) 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 den Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif auf das Versicherungsjahr bezogene, betragsmäßige Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Jahre. Endet das erste Versicherungsjahr bereits vor Ablauf von einem Jahr (siehe § 2 Abs. 4) oder endet ein späteres Versicherungsjahr vorzeitig, vermindert sich der Betrag um jeweils 1/360 für jeden nicht versicherten Tag. Etwa sich daraus ergebende Überzahlungen sind zurückzuerstatten. Bei Umstufung (Tarifwechsel) in einen Tarif mit - auf das Versicherungsjahr bezogen - niedrigeren betragsmäßigen Leistungshöchstsätzen gilt die Regelung sinngemäß.

(2) Freie Behandlerwahl: Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler, soweit sie den Behandlern gemäß Satz 1 vergleichbar sind, in Anspruch genommen werden.

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

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelerkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

(4) Freie Krankenhauswahl: 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.

(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 erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Zusage nicht berufen, wenn

a) die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist;

b) es sich um eine Notfalleinweisung handelt;

c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Aufwendungen für Behandlungen durch die in Absatz 2 genannten Behandler und in den in Absatz 4 und 5 genannten Krankenhäusern sowie für Verordnungen nach Absatz 3 werden nur ersetzt, soweit der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Abs. 1 S.1).

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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 versicherten 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die in unmittelbarem oder mittelba-

rem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Versicherungsschutz besteht jedoch für Terrorakte in Deutschland, die in keinem unmittelbaren oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in Deutschland stehen und Terrorakte außerhalb von Deutschland, auch solche, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stehen, sofern die versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen oder Terrorakten nicht aktiv beteiligt ist;

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;

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

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

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH Stand 1985) nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt bei einer Behandlung im Ausland entsprechend, sofern die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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 Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

(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.

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlung im Inland zusätzlich: Angabe der Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellte Steigerungssätze) und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur ein Ersatzkrankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

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

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

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

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Seine Höhe ergibt sich aus dem Versicherungsschein in Verbindung mit der für den Tarif gültigen Tarifprämientabelle. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 18 neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist die Beitragszahlung im Lastschriftverfahren vereinbart, gilt der Erstbeitrag bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag 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.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

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

(3) Der monatliche Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab April des neuen Versicherungsjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(4) Bei Beitragsänderungen, auch durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

(5) 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.

§ 9 Obliegenheiten

(1) 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 Umfanges erforderlich ist.

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

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

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag 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.

(5) Weitere, besondere Obliegenheiten können sich aus dem Tarif ergeben.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 bzw. eine im abgeschlossenen Tarif (§ 9 Abs. 5) genannte Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 bzw. eine im abgeschlossenen Tarif (§ 9 Abs. 5) genannte Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe 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 von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Er verlängert sich um je ein weiteres Versicherungsjahr (§ 2 Abs. 4), wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt hat.

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

(3) Erhöht sich der Beitrag wegen Eintritts in eine andere Beitragsgruppe (siehe § 8a Abs. 3), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 18) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 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.

(4) Das Versicherungsverhältnis endet mit Beendigung der Versicherung in der GKV für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt. § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 gilt entsprechend.

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, Tarifbestimmungen und Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Tarifbestimmungen können zum April eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs jeweils zum April eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen einer Beitragsanpassung können eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen und tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(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.

§ 204 Tarifwechsel

Bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach §12 Abs.1 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach §12c Abs.1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. 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.

Tarifbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif JA stationär plus

gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Janitos Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/JS)

(Stand 01.12.2012)

1. **Versicherungsfähigkeit**
2. **Versicherte Aufwendungen**
   - 2.1. **Unterkunft**
   - 2.2. **Privatärztliche Behandlung**
   - 2.3. **Begleitperson bei Kindern**
   - 2.4. **Vor- und nachstationäre Behandlung**
   - 2.5. **Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung**
   - 2.6. **Ambulante Operationen**
   - 2.7. **Allgemeine Krankenhausleistungen**
   - 2.8. **Transportkosten**
   - 2.9. **Ausland**
3. **Sonstige Bestimmungen**
4. **Anpassung von Versicherungsleistungen**

1. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif JA stationär plus können Personen versichert werden, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung in der GKV so endet die Versicherung nach Tarif Ja stationär plus für die betreffende Person mit dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

2. Versicherte Aufwendungen

2.1. Unterkunft

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für ein Ein- oder Zweibettzimmer geltend gemacht, wird für jeden Tag, den das Krankenhaus im Rahmen der Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine vollstationäre Heilbehandlung berechnet, ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro gezahlt.

2.2. Privatärztliche Behandlung

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung).

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für gesonderte privatärztliche Behandlung geltend gemacht, wird für jeden Tag, den das Krankenhaus im Rahmen der Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine vollstationäre Heilbehandlung berechnet, ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro gezahlt.

2.3. Begleitperson bei Kindern

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteils, wenn dieser als Begleitperson neben einem versicherten Kind, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, stationär aufgenommen wird.

2.4. Vor- und nachstationäre Behandlung

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.

Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

2.5. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen für die ambulant unmittelbar vor oder nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

2.6. Ambulante Operationen

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen für ambulante Operationen im Krankenhaus, die im nach § 115 b SGB V vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen enthalten sind, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

2.7. Allgemeine Krankenhausleistungen

Ersetzt werden 100 % der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen in Deutschland, die dadurch entstehen, dass ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus gewählt wurde. Erbringt die GKV keine Leistungen, werden Aufwendungen nicht ersetzt.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind insbesondere Krankenhauskosten (Unterbringung im Mehrbettzimmer, Pflege und Verpflegung), Krankenhausnebenkosten, Behandlerkosten sowie die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

2.8. Transportkosten

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für einen Krankentransport bis zu 100 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

2.9. Ausland

Bei stationärer Behandlung im Ausland besteht Versicherungsschutz ausschließlich für Leistungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.4 und 2.8. Der Ersatz von Aufwendungen für ein Ein- oder Zweibettzimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung ist begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren, geeigneten Krankenhauses in Deutschland, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet, entstanden wären.

3. Sonstige Bestimmungen

Die Aufwendungen für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem vereinbarten Selbstbehalt nach § 53 SGB V angegeben sein.

Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

4. Anpassung von Versicherungsleistungen

Unter den in § 18 AVB/JS genannten Voraussetzungen (z. B. bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes JA stationär plus haben), ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen.