



ADVIGON



Ihre Verbraucherinformation

Advigon.Krebs-SCHUTZ
Februar 2018

Übersicht

Herzlich willkommen bei der Advigon	3
Wichtige Informationen	4
Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	6
Versicherungsbedingungen	
Allgemeiner Teil	8
Besonderer Teil	16
• Tarif CD	16
• Tarif CV	18
• Tarif CS	20
• Tarif CA	22
• Anlage zu den Tarifen	25
Gebührenübersicht	26
Steuerliche Hinweise	27
Auszug aus den Gesetzestexten	28

DER VERSICHERUNGSVERTRAG wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

DIE VERBRAUCHERINFORMATION ist eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maßnahme, die Ihnen als Versicherungsnehmer ein größtmögliches Maß an Informationen über Ihren Versicherungsschutz garantiert.

Diese Broschüre enthält alle für Ihren Versicherungsschutz wichtigen Angaben und die Versicherungsbedingungen. Bewahren Sie bitte deshalb die Unterlagen sorgfältig bei Ihren Versicherungspapieren auf.



Liebe Kundin, lieber Kunde, herzlich willkommen bei der Advigon!

Wir freuen uns, Sie in der Advigon Produktwelt zu begrüßen. Uns liegt die Zufriedenheit unserer Kunden sehr am Herzen. Dies spiegelt sich sowohl in unseren Produkten als auch im Kundenservice wider. Wir bieten Ihnen eine persönliche Kundenberatung, schnelle und flexible Lösungen und zeitgemäß maßgeschneiderte Produkte.

Was verbirgt sich auf den nächsten Seiten?

Diese Broschüre informiert Sie über alle Fragen, die Ihren Versicherungsvertrag betreffen; insbesondere sind darin Angaben über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes enthalten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind rechtsverbindlich und regeln alle gegenseitigen Rechte und Pflichten.

Für alle Fragen sind wir gerne für Sie da.

Hier finden Sie alle wichtigen Kontaktdaten auf einen Blick:

Kontakt zu Vertragsfragen:

TEL: 040 5555-4033
FAX: 040 5555-4042
E-MAIL: lv-vertrag@advigon.com
WEB: www.advigon.com

Advigon Versicherung AG
LV-Vertragsservice
20911 Hamburg

Kontakt zu Leistungsfragen:

TEL: 040 5555-4050
FAX: 040 5555-4041
E-MAIL: kv-leistung@advigon.com
WEB: www.advigon.com

Advigon Versicherung AG
KV-Leistungsservice
20911 Hamburg

Ihre Advigon Versicherung AG



Wichtige Informationen

Die folgenden Informationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrags bei der Advigon Versicherung AG.

Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf.
Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

Ihr Versicherer

Advigon Versicherung AG, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz,
LIECHTENSTEIN

Sitz: Vaduz
Eingetragen im Handelsregister Liechtenstein
FL-0002.181.006-7

Gesetzlich Vertretungsberechtigte der Advigon Versicherung AG

Geschäftsleitung:
Kai-Uwe Blum, Godehard Laufköter, Rinaldo Manetsch

Hauptgeschäftstätigkeit der Advigon Versicherung AG

Die Advigon Versicherung AG betreibt die direkte Kranken- und Lebensversicherung.

Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach 279,
Landstraße 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

Vertragsgrundlagen

Die für Ihren Vertrag geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie sonstige Informationen sind für Sie im Inhaltsverzeichnis aufgeführt und vollständig auf den nachfolgenden Seiten der Verbraucherinformation enthalten.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Tarifen, den Versicherungsbedingungen, dem Antrag und ggf. den nach Antragstellung vereinbarten Abweichungen, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen.

Beitragshöhe

Sie können die Beitragshöhe dem Versicherungsantrag entnehmen. Sollte der dort aufgeführte Beitrag unrichtig berechnet oder ein dort nicht ausgewiesener Zuschlag zu erheben sein, wird Ihnen der tatsächlich zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt; dieser bedarf Ihrer Zustimmung. In diesem Fall ist der Inhalt der gesonderten Mitteilung maßgeblich.

Zusätzliche Kosten

Angaben zu Kosten wie z. B. Steuern oder Gebühren können Sie Ihren Verbraucherinformationen entnehmen.

Beitragszahlung

Die Fälligkeit der Beiträge richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich, jährlich). Der laufende Beitrag ist als Monatsbeitrag kalkuliert. Sie können jederzeit eine Änderung der Beitragszahlungsweise beantragen.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

An die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen sind wir 6 Wochen ab Aushändigung gebunden.

Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die Advigon Versicherung AG in Textform die Annahme des Antrages erklärt oder den Versicherungsschein aushändigt bzw. wenn das Angebot der Advigon Versicherung AG in Textform angenommen wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, sofern der erste Beitrag gezahlt wurde. Er beginnt jedoch nicht vor Ablauf einer vereinbarten Wartezeit.

Vertragslaufzeit

Die Mindestversicherungsdauer für die einzelnen Tarife CV, CS und CA beträgt 24 Monate.

Vertragsbeendigung

Sie können die Versicherung zum nächsten Monatsersten schriftlich kündigen. Bei den einzelnen Tarifen CV, CS und CA ist dies erst nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer möglich. Weitergehende Informationen zu den Kündigungsmöglichkeiten und den möglichen Nachteilen einer Kündigung finden Sie im Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen im Paragraphen „Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?“.

Kündigt der Versicherungsnehmer bei den Tarifen CV, CS oder CA das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für die versicherte Person, hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Wechselmöglichkeiten für die Tarife CV, CS und CA

Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Informationen hierzu erhalten Sie von uns gern auf Nachfrage.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt sie jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 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:

Advigon Versicherung AG,
Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN,
E-Mail: leben@advigon.com,
Fax: 040 5555-4042.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Anwendbares Recht

Auf das Vertragsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Vertragsklausel über zuständiges Gericht

Klagen gegen die Advigon Versicherung AG können Sie beim Gericht in Vaduz, Liechtenstein, oder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes erheben. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Vaduz zuständig.

Vertragssprache

Die Vertragsbedingungen und die weiteren Informationen sind in Deutsch abgefasst. Auch die Kommunikation zwischen der Advigon Versicherung AG und dem Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Vertrags erfolgt auf Deutsch.

Hinweis auf außergerichtliches Beschwerdeverfahren

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der Advigon nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungsstelle gerichtet werden: Amt für Volkswirtschaft, Bereich Konsumentenschutz, Postfach 684, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN.

Hinweis auf Beschwerdemöglichkeit bei der FMA

Sie können sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde, die FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach 279, Landstraße 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN wenden. Hiervon bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, unberührt.

Abschluss- und Vertriebskosten

Die Angaben zur Höhe der in den Beitrag von Tarif CD einkalkulierten Kosten können Sie dem Ihnen ausgehändigten Produktinformationsblatt entnehmen.

Sonstige Kosten

Angaben zu möglichen sonstigen Kosten finden Sie, sofern diese anfallen, ebenfalls im Produktinformationsblatt von Tarif CD.

Überschussbeteiligung bei Tarif CD

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und ggf. an der Bewertungsreserve der Kapitalanlage. Die Entstehung, Ermittlung, Zuteilung und Verwendung der Überschüsse und Bewertungsreserve ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Besonderen Teil zu Tarif CD, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen, im Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ erläutert.

Werte bei Beitragsfreistellung bei Tarif CD

Eine Übersicht über die Leistungen bei Beitragsfreistellung des Vertrages können Sie den Unterlagen zu der Ihnen vorgeschlagenen Versicherung entnehmen. Die dort genannten garantierten Werte können nicht unterschritten werden. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden sich Hinweise zu den Fristen und Modalitäten einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung. Darüber hinaus ist dort angegeben, ob zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ein Mindestbetrag nötig ist und wie hoch dieser ist.

Weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag

In den Unterlagen der Ihnen vorgeschlagenen Versicherung erhalten Sie Informationen zu den nachfolgend aufgeführten Punkten:

- steuerliche Hinweise
- Auszug aus den in Bezug genommenen Gesetzen
- Gebührenübersicht.



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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsmittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Advigon Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20 in 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN 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. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung.

Unser Kündigungsrecht ist ferner 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. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf unser Recht der Vertragsänderung.

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 oder 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.



Versicherungsbedingungen für unser Produkt: Advigon.Krebs-SCHUTZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

I. Allgemeiner Teil

Umfang der Versicherung

§ 1	Was ist versichert?	11
§ 2	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und welche Wartezeiten bestehen?	11
§ 3	Wann endet Ihr Versicherungsschutz?	12
§ 4	Wann können Sie vom Widerrufsrecht Gebrauch machen?	12
§ 5	Wer erhält die Versicherungsleistung?	12

Pflichten des Versicherungsnehmers und Beitragszahlung

§ 6	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten?	12
§ 7	Welche Folgen treten bei Verletzung der Mitwirkungspflichten ein?	13
§ 8	Welche Besonderheiten gelten nach der Einstufung nach dem Rauchverhalten?	13
§ 9	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	13
§ 10	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen können?	14
§ 11	Wie berechnet sich Ihr Beitrag?	14

Kündigung der Versicherung

§ 12	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?	14
§ 13	Wann dürfen wir die Versicherung kündigen?	15

Kosten

§ 14	Werden Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?	15
§ 15	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	15

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	15
§ 17	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo ist der Gerichtsstand?	15

II. Besonderer Teil

Tarif CD: Krebs-SCHUTZ Diagnosegeld

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	16
§ 2	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	16
§ 3	Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	16
§ 4	Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?	17
§ 5	Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?	17

Tarif CV: Krebs-SCHUTZ Vorsorge

§ 1	Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein?	18
§ 2	Welche Leistungen erbringen wir?	18
§ 3	In welchem Umfang besteht Leistungspflicht?	18
§ 4	Welche Einschränkungen der Leistungspflicht gibt es?	19
§ 5	Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?	19
§ 6	Unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen geändert werden?	19

Tarif CS: Krebs-SCHUTZ Stationär

§ 1	Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein?	20
§ 2	Welche Leistungen erbringen wir?	20
§ 3	In welchem Umfang besteht Leistungspflicht?	20
§ 4	Welche Einschränkungen der Leistungspflicht gibt es?	20
§ 5	Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?	21
§ 6	Unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen geändert werden?	21

Tarif CA: Krebs-SCHUTZ Ambulant

§ 1	Wer kann versichert werden?	22
§ 2	Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein?	22
§ 3	Welche Leistungen erbringen wir?	22
§ 4	In welchem Umfang besteht Leistungspflicht?	23
§ 5	Welche Einschränkungen der Leistungspflicht gibt es?	23
§ 6	Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?	24
§ 7	Wie berechnet sich Ihr Beitrag?	24
§ 8	Unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen geändert werden?	24

III. Anlage

Anlage zu den Tarifen

25

I. Allgemeiner Teil

Umfang der Versicherung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir bieten Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung an Krebs im Sinne dieser Bedingungen erkrankt. Diese Versicherung besteht aus vier – einzeln auswählbaren – Tarifen. Die Leistungen der einzelnen Tarife sind im Besonderen Teil dieser Versicherungsbedingungen (siehe II.) beschrieben. Welche Tarife Sie mit welchen Leistungen und Konditionen vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein und ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen.
- (2) Der Versicherungsfall ist das Ereignis, das unsere Leistungspflicht entstehen lässt, wenn das Ereignis während der Versicherungsdauer eintritt.
 - a) Versicherungsfall im Tarif CD ist die erste Diagnose, mit der eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen (Absätze 3 und 4) bei der versicherten Person festgestellt wird.
 - b) Versicherungsfall im Tarif CV ist jede tariflich eingeschlossene Vorsorgeuntersuchung und Nachsorgebehandlung, wobei unsere Leistungspflicht für Nachsorgebehandlungen von der ersten ärztlichen Diagnose einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen (Absatz 3) bei der versicherten Person abhängig ist.
 - c) Versicherungsfall im Tarif CS ist jede tariflich eingeschlossene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung wegen einer ärztlich diagnostizierten Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen (Absatz 3) bei der versicherten Person.
 - d) Versicherungsfall im Tarif CA ist jede tariflich eingeschlossene medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die nach der erstmaligen Diagnose einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen (Absatz 3) bei der versicherten Person erforderlich wird.

Ebenfalls als Versicherungsfall im Tarif CA gelten:

- aa) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- bb) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- cc) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht – unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten – für alle empfohlen werden und
- dd) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen.

Dabei setzt unsere Leistungsverpflichtung auch in den Versicherungsfällen gemäß Buchstaben aa) bis dd) die erstmalige Diagnose einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen (Absatz 3) bei der versicherten Person voraus.

Definition Krebserkrankung

- (3) Krebs bezeichnet einen bösartigen Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung (Bildung von Tochtergeschwülsten) gekennzeichnet ist.

Unter den Begriff Krebs im Sinne dieser Bedingungen fallen auch die bösartigen Tumorformen

- des Bluts,
- der blutbildenden Organe und
- des Lymphsystems einschließlich Leukämie (Blutkrebs) und Lymphome (Tumore des lymphatischen Systems).

Ebenfalls zu Krebs im Sinne dieser Bedingungen zählen gutartige hirneigene Tumore (astrozytäre Tumore).

Nicht unter den Begriff Krebs im Sinne dieser Bedingungen fallen dagegen Basaliome und Spinaliome (Formen des hellen Hautkrebses), alle prä-malignen (Vorstufe von bösartig) und nicht-invasiven (in situ Neubildungen) Tumorformen sowie Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhalten.

Ergänzende Voraussetzungen für den Tarif CD

- (4) Versichert sind nur solche Krebserkrankungen, bei denen folgende Voraussetzungen nachgewiesen werden:
 - Tumor mindestens der Tumorgröße T2 (TNM-Klassifikation),
 - Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen,
 - Gehirntumor ab WHO II (Tumorgrad 2, Einteilung durch die Weltgesundheitsorganisation),
 - Leukämie mit dadurch bedingter Anämie (Blutarmut) oder
 - Morbus Hodgkin und Non-Morbus Hodgkin-Lymphome mindestens der Klasse 2 (Ann Arbor-Klassifikation).

Diese Erkrankung und ggf. ihr Schweregrad sind durch Vorlage eines histologischen Befundes (Untersuchung von Körpergewebe), für Leukämien und Lymphome durch Vorlage eines zytologischen Befundes (Untersuchung einzelner Zellen) nachzuweisen. Ein Nachweis auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren ist nicht ausreichend.

Geltungsbereich

- (5) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der EU oder in einen anderen Vertragsstaat des EWR, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass wir höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten.

Der Versicherungsschutz bei Tarif CD besteht dagegen weltweit.

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und welche Wartezeiten bestehen?

Beginn des Versicherungsschutzes / Wartezeit

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die vor dem Versicherungsbeginn oder während der Wartezeit eingetreten sind.

- (2) Ihr Tarif sieht eine Wartezeit (Leistungsausschlussfrist) vor. Das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen für Versicherungsfälle, die
- bei Tarif CD innerhalb der ersten sechs Monate bzw.
 - bei den Tarifen CV, CS und CA innerhalb der ersten drei Monate

nach Versicherungsbeginn eintreten.

Die Wartezeit beginnt, nachdem wir die Antragsannahme erklärt haben, aber nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Kindernachversicherung für die Tarife CV, CS und CA

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

§ 3 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Das Versicherungsverhältnis im jeweiligen Tarif endet, wenn die versicherte Person stirbt oder der jeweilige Tarif gekündigt wird. Es endet auch mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben in diesem Fall jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Bei Tarif CD endet der Versicherungsschutz darüber hinaus auch, nachdem die vereinbarte Versicherungssumme ausgezahlt wurde sowie bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Zusätzlich gilt für die Tarife CV, CS und CA

- (2) Es ist jeweils eine Mindestversicherungsdauer von 24 Monaten vereinbart. Die Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung finden Sie in § 12 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU und der weiteren Vertragsstaaten des EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

§ 4 Wann können Sie vom Widerrufsrecht Gebrauch machen?

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 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 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt sie 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:

Advigon Versicherung AG,
Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN,
E-Mail: info@advigon.com,

Fax: (+49) 040/5555-4042.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

§ 5 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, sofern Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherungsleistungen erhalten soll (Bezugsberechtigter).
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.
- (3) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Pflichten des Versicherungsnehmers und Beitragszahlung

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten?

Bei Verlangen einer Versicherungsleistung

- (1) Sie müssen uns den Eintritt des Versicherungsfalles, nachdem Sie davon Kenntnis erlangt haben, unverzüglich mitteilen. Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen bzw. Nachweise zur Beurteilung des Versicherungsfalles einzureichen (die eingereichten Nachweise werden unser Eigentum):

für Tarif CD:

- a) Eine ausführliche fachärztliche Diagnosestellung über den Schweregrad der Krebserkrankung und
- b) ausführliche Berichte der Fachärzte über Beginn, Art und Verlauf der Krebserkrankung. Diese müssen von Ärzten mit Niederlassung in der EU oder in Vertragsstaaten des EWR ausgestellt werden, welche die versicherte Person an einem Behandlungsort in der EU oder in Vertragsstaaten des EWR gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben.

für die Tarife CV, CS und CA:

Unsere Leistungspflicht setzt voraus, dass uns folgende Nachweise erbracht werden:

- c) Bei ambulanter Heilbehandlung: Originalrechnungen des Behandelnden, die den Namen der behandelten Person,

die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen vom Behandelnden erbrachten Leistungen nach Datum, Anzahl und Art der Behandlung bzw. Ziffer der angewendeten Gebührenordnung enthalten müssen. Bei Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel: quittierte Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden. Besteht anderweitig Krankenversicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser bedingungsgemäß zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

d) Bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus ist eine ärztliche Einweisungsbescheinigung mit der Krankheitsbezeichnung vorzulegen. Im Übrigen gilt Buchstabe c) entsprechend, und zwar auch bei stationärer Anschlussheilbehandlung. Soll nur ein Krankenhaustagegeld oder Kur- bzw. Rehatagegeld geleistet werden, genügt es, wenn neben der Einweisungsbescheinigung Nachweise über die Aufenthaltsdauer in der stationären Einrichtung gestellte Diagnose vorgelegt werden.

(2) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte (ohne ständige vertragliche Bindung, also keine Vertragsärzte) verlangen. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten.

Dazu benötigen wir die Schweigepflichtbindungen der versicherten Person, um Gesundheitsdaten oder Auskünfte bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, erheben zu dürfen. Gleiches gilt für Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden. Der Einholung der Gesundheitsdaten oder Auskünfte kann die versicherte Person widersprechen.

(3) Sie als Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

Weitere Mitwirkungspflichten für die Tarife CV, CS und CA

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

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

Sie und die versicherte Person haben etwaige Ersatzansprüche oder ein zur Sicherung dieser Ansprüche dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.

Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die zuvor genannten Mitwirkungspflichten, sind wir für denjenigen Teil von der Leistungspflicht befreit, für den wir keinen Ersatz von Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Die zuvor genannten Inhalte dieses Absatzes sind entsprechend anzuwenden, wenn Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zusteht, für die wir aufgrund des Tarifs Erstattungsleistungen erbracht haben.

§ 7 Welche Folgen treten bei Verletzung der Mitwirkungspflichten ein?

- (1) Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden als Versicherungsnehmer gleich.

§ 8 Welche Besonderheiten gelten nach der Einstufung nach dem Rauchverhalten?

Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung als Raucher oder Nichtraucher.

Nichtraucher

(1) Nichtraucher ist, wer in den letzten 60 Monaten kein Nikotin durch Rauchen von Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigem Tabak oder durch Inhalieren unter Verwendung elektronischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen aufgenommen hat.

Raucher

(2) Raucher ist, wer die Voraussetzungen für Nichtraucher nicht erfüllt.

Ergänzende Bestimmungen für den Tarif CD

(3) Wird die versicherte Person nach Vertragsabschluss Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Sowohl Sie als auch die versicherte Person sind verpflichtet, uns darüber unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu informieren. Der Versicherungsvertrag wird dann auf den Beitrag für Raucher umgestellt. Die Versicherungsleistung bleibt gleich.

(4) Stellen wir während der Leistungsprüfung fest, dass uns der Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher nicht angezeigt wurde, setzen wir die Leistung herab. Die auszahlende Versicherungsleistung wird dann unter Zugrundelegung des Raucherstatus neu berechnet. Wir sind nicht zur Kürzung der Leistung berechtigt, soweit die Gefahrerhöhung bzw. die falsche Angabe über die Rauchereigenschaft der versicherten Person nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war.

(5) Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person regelmäßig nachzuprüfen. Kommt die versicherte Person unserem Verlangen nicht nach, werden wir den Vertrag nach Ablauf einer von uns zu setzenden Frist von mindestens einem Monat auf den entsprechenden Beitrag für Raucher umstellen. Dies gilt nicht, sofern die Auskunft ohne Verschulden unterblieben ist.

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich oder jährlich entrichten. Sie können jederzeit die Änderung der Zahlweise Ihrer laufenden Beiträge beantragen.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Beitragszahlungsperiode fällig.

- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftinzugsverfahrens zu verlangen.

Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung verrechnen wir Beitragsrückstände mit der Leistung.

- (4) Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen können?

- (1) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (2) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen eine Bearbeitungsgebühr sowie die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Zu den Rechtsfolgen gehört auch, dass wir nach Fristablauf den Vertrag kündigen können.

Die Wirkungen einer Kündigung fallen fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist unmittelbar an uns zahlen.

Die Mahnkosten, insbesondere die Kosten von Mahnschreiben, Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rücklaufgebühren, Rechtsanwalts- und Gerichtskosten, Kosten für Adressermittlung), stellen wir Ihnen in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung.

- (4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 11 Wie berechnet sich Ihr Beitrag?

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Zusätzlich gilt für die Tarife CV, CS und CA

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters, können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Kündigung der Versicherung

§ 12 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

- (1) Sie können den jeweiligen Tarif zum nächsten Monatsersten in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Bei den Tarifen CV, CS und CA ist eine Kündigung nur nach der Mindestversicherungsdauer von 24 Monaten möglich.
- (2) Mit der Kündigung einzelner Tarife erlischt Ihr jeweiliger Versicherungsschutz, ohne dass eine Auszahlung eines Rückkaufswerts oder sonstiger Rückstellungen erfolgt. Eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Hinweis für den Tarif CD

- (3) Anstelle der Kündigung können Sie diesen Tarif auch von der Beitragszahlung befreien. Der Versicherungsschutz bleibt dann – wenn auch in vermindertem Maße – in Höhe der beitragsfreien Versicherungssumme bestehen. Für die Beitragsfreistellung gelten die Regelungen des § 3 „Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?“ im Besonderen Teil des Tarifs CD.

Sonderkündigungsrechte

- (4) Tritt der Versicherungsfall während der Wartezeit ein, besteht kein Versicherungsschutz. Sie können dann das Versicherungsverhältnis für den jeweiligen Tarif zum nächsten Monatsersten kündigen.
- (5) Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Tarife erklärt haben, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Erhöhen wir die Beiträge aufgrund eines Beitragsanpassungsrechts (im jeweiligen Tarif im Besonderen Teil dieser Versicherungsbedingungen geregelt), so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung in Textform kündigen.

Sonderkündigungsrechte nur für die Tarife CV, CS und CA

- (7) Hat eine Vereinbarung in den Tarifen CV, CS oder CA zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

§ 13 Wann dürfen wir die Versicherung kündigen?

- (1) Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Kosten

§ 14 Werden Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

Durch den Abschluss und die Verwaltung von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Dazu zählen im Wesentlichen Vertriebsprovisionen, Beratungskosten, Aufwendungen für Gesundheitsauskünfte oder die Ausstellung des Versicherungsscheins. Diese Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten sind bereits in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

§ 15 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt insbesondere bei:

- Erstellung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheins;
- Verzug mit Beiträgen, insbesondere Mahnkosten;
- Rückkläufeln im Rahmen von SEPA-Lastschriftmandaten;
- individuellen Werteanfragen.

Diese Beträge werden jährlich überprüft, gegebenenfalls neu festgesetzt und Ihnen auf Anfrage mitgeteilt. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte unserer Gebührenübersicht, die wir Ihnen gerne auf Anfrage zusenden.

- (2) Sofern Sie uns nachweisen, dass die pauschalen Kosten in Ihrem Fall nicht zutreffen oder wesentlich niedriger anzusetzen sind, entfallen die Kosten bzw. werden herabgesetzt.
- (3) Sofern Steuern oder sonstige öffentliche Abgaben auf Beiträge oder Leistungen erhoben werden, sind wir berechtigt, Ihnen diese zu belasten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

- (1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.
- (4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Inter-

se, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 17 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache, die für den Vertragsabschluss (inkl. Vorabinformationen) und zur Kommunikation während der Vertragslaufzeit gilt, ist Deutsch.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie beim Gericht in Vaduz, Liechtenstein, erheben. Darüber hinaus ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (3) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Vaduz zuständig.
- (4) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Für juristische Personen bestimmt sich das zuständige Gericht nach dem Firmensitz oder der Firmenniederlassung.

Tarif CD: Krebs-SCHUTZ Diagnosegeld

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung und nach Ablauf der sechsmonatigen Wartezeit erstmalig Krebs im Sinne dieser Bedingungen diagnostiziert, zahlen wir einmalig die vereinbarte Versicherungssumme.

Die vereinbarte Versicherungssumme finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein. Auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer bedingungsgemäßer Krebserkrankungen leisten wir nur einmal. Was wir unter einer bedingungsgemäßen Krebserkrankung verstehen, beschreiben wir in den Absätzen 3 und 4 des § 1 „Was ist versichert?“ im Allgemeinen Teil dieser Bedingungen.

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen Leistungen erhalten Sie Leistungen aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen. Die Höhe der Überschüsse wird jedes Jahr von der Geschäftsleitung auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt (Deklaration). Die Höhe der Überschussbeteiligung veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Informationen zu.

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Liechtensteinischen Personen- und Gesellschaftsrechts ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde (FMA, Liechtenstein) einzureichen.

Wir erläutern im Folgenden,

- wie die Überschüsse entstehen,
- wie die Überschüsse verwendet werden können und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können.

Überschussentstehung

- (2) Wichtigste Einflussfaktoren sind die Entwicklungen des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn die Aufwendungen für das versicherte Risiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An den Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer angemessen.

Die Verteilung der Überschüsse erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Die Beiträge Ihrer Versicherung verwenden wir vorrangig für den Risikoschutz. Daher stehen keine oder nur geringe Beträge für den Erwerb von Kapitalanlagen zur Verfügung, um daraus Kapitalerträge zu erwirtschaften. Aus diesem Grund entstehen auch keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Denn Bewertungsreserven entstehen nur, wenn Kapitalanlagen vorhanden sind und der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinngruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Gewinngruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Gewinngruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Die auf die

Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden.

Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Überschussverwendung

- (3) Die zugeteilten Überschüsse werden für die Bildung einer zusätzlichen Versicherungssumme verwendet (Sofortbonus). Diese wird gleichzeitig mit der vereinbarten Versicherungssumme fällig.

Höhe der Überschussbeteiligung

- (4) Die Höhe der Überschüsse hängt von zahlreichen Faktoren ab. Wichtigste Einflussfaktoren sind dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und Kosten. Die Entwicklung dieser Faktoren ist nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschüsse kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 3 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Beitragsfreistellung

- (1) Sie haben das Recht, sich vollständig zum nächsten Monatsanfang von der Beitragszahlungspflicht befreien zu lassen. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme vollständig auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird. Ist die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme nicht möglich, weil beispielsweise kein positives Vertragsguthaben vorhanden ist, erlischt Ihre Versicherung. Wir verzichten auf einen Abzug bei Beitragsfreistellung.

- (2) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann Nachteile für Sie haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind aufgrund der Verrechnung von Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten keine oder nur geringe Beträge für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen, wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen, keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.

Wiederinkraftsetzung

- (3) Nach einer Beitragsfreistellung haben Sie Anspruch auf Wiederinkraftsetzung Ihres Vertrags. Die Versicherung wird auf Basis der bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen fortgeführt, wenn seit dem Zeitpunkt der Vertragsänderung noch keine 36 Monate vergangen sind. Sie können Ihren Vertrag innerhalb von zwölf Monaten nach Vertragsänderung ohne erneute Gesundheitsprüfung fortsetzen. Danach ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Nachzahlungsmöglichkeiten

- (4) Sofern sich Ihr Versicherungsschutz durch Vertragsänderung vermindert hat, können Sie Ihren Versicherungsschutz durch folgende Möglichkeiten wiederherstellen:

- Nachzahlung in einem einmaligen Betrag;
- Nachzahlung in Teilraten (über einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten);
- durch Erhöhung des laufenden Beitrags.

Erfolgt die Wiederherstellung nicht, werden die rückständigen Beiträge mit dem Deckungskapital verrechnet und die versicherten Leistungen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.

§ 4 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

- (1) Bei dem für Ihren Versicherungsvertrag maßgeblichen Verrechnungsverfahren werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen. Die ersten Beiträge werden nicht zur Tilgung der Kosten verwendet, wenn die Beiträge für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die gesetzlich vorgeschriebene Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt sind.

Die Höhe der einkalkulierten Kosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen. Dieses haben Sie zusammen mit dem Vorschlag zu dieser Versicherung sowie den Verbraucherinformationen (beinhalten auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen) vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten.

- (2) Maximal 4 % der Beitragssumme (Summe der insgesamt zu zahlenden Beiträge während der Beitragszahlungsdauer) ziehen wir in gleichmäßigen Beträgen über die ersten fünf Jahre der Vertragslaufzeit ab. Beträgt die Beitragszahlungsdauer weniger als fünf Jahre, erfolgt die Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten über den entsprechend kürzeren Zeitraum. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer in gleichmäßigen Beträgen aus den laufenden Beiträgen getilgt.
- (3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind. Nähere Informationen zum Verlauf der beitragsfreien Versicherungssumme können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

§ 5 Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?

- (1) Eine Beitragsanpassung können wir zum einen gemäß § 163 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG, siehe Anhang) auf gesetzlicher Grundlage vornehmen.
- (2) Darüber hinaus können wir eine Beitragsanpassung auf der Grundlage der in den folgenden Absätzen mit Ihnen vereinbarten Anpassungsklausel vornehmen:
 - a) Im Rahmen unseres vertraglichen Anpassungsrechts überprüfen wir jährlich die Angemessenheit der Beiträge und passen diese, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders im Sinne von § 163 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 VVG an. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Erkrankungsrate für Krebs in Deutschland wesentlich verändern. Die Erkrankungsrate werden aufgrund des Bundeskrebsregisterdatengesetzes (BKRG) erfasst, zurzeit vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) vom Robert Koch-Institut. Maßgeblich ist insoweit die durchschnittliche Erkrankungsrate aller vom ZfKD erfassten Krebsarten.
 - b) Die Beitragsanpassung auf Basis der vertraglichen Anpassungsklausel ist also von folgenden Voraussetzungen abhängig:
 - aa) Die Krebserkrankungsrate in der zugrunde liegenden Gesamtbevölkerung muss sich seit der letzten Beitragsanpassung um mindestens 10 Prozent verändert haben. Sofern noch keine Beitragsanpassung erfolgt ist, stellen wir für die Veränderung der Krebserkrankungsrate auf den Einführungszeitpunkt des Tarifs (01.04.2016) ab.

Folgendes Beispiel soll diese Voraussetzung verdeutlichen: Im Jahr 2011 erkrankten durchschnittlich

591,2 Personen pro 100.000 Einwohner in Deutschland neu an Krebs. Eine Veränderung der Krebserkrankungsrate um mindestens 10 Prozent liegt vor, wenn sie auf 532,1 oder weniger sinkt oder auf 650,3 Personen pro 100.000 Einwohner in Deutschland oder mehr steigt.

- bb) Soweit eine solche Veränderung der Erkrankungsrate vorliegt, werden die verwendeten Rechnungsgrundlagen überprüft. Dabei berücksichtigen wir bei der Prüfung auf Beitragsanpassung die Entwicklung seit der letzten Anpassung der Kalkulation unter Zugrundelegung anerkannter Grundsätze der Versicherungsmathematik. Bei dieser Überprüfung können sich Änderungen der Rechnungsgrundlagen, die eine Beitragsabsenkung erforderlich machen, ganz oder teilweise mit solchen Änderungen ausgleichen, die eine Beitragsanhebung erforderlich machen.

Eine Erhöhung des Beitrags kommt aber nur in Betracht, wenn die sich aus der Überprüfung der Rechnungsgrundlagen ergebenden Abweichungen nicht auf einer aus Sicht eines gewissenhaften und ordentlichen Aktuars unzureichenden Erst- oder Nachkalkulation beruhen. Darüber hinaus müssen die Abweichungen zu einer Beitragsanhebung oder -absenkung von mindestens 5 Prozent führen.

- cc) Der Treuhänder muss der Beitragsanpassung zustimmen.

- c) Bei Vorliegen der in Buchstabe b) genannten Voraussetzungen sind wir zu Beginn des folgenden Kalenderjahres berechtigt, nach Überprüfung der Rechnungsgrundlagen, den für bestehende Verträge geltenden Beitrag, soweit dies erforderlich ist, anzupassen.

Ist der Beitrag danach zu senken, so sind wir verpflichtet, diese Beitragssenkung vorzunehmen. Ist der Beitrag zu erhöhen, so darf der neue Beitrag nicht höher sein als der Beitrag des Tarifs für neu abzuschließende Verträge mit vergleichbaren Tarifmerkmalen und Deckungsumfang.

- d) Den neu festgesetzten Beitrag werden wir Ihnen in Textform mitteilen.
- e) Bei einer Beitragserhöhung haben Sie ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 12 Absatz 6 des Allgemeinen Teils dieser Versicherungsbedingungen. An Stelle der Beitragserhöhung können Sie auch die Herabsetzung Ihrer Versicherungsleistung beantragen. Den Umfang einer möglichen Leistungsherabsetzung teilen wir Ihnen gerne auf Anfrage mit. Für die Beantragung der Leistungsherabsetzung genügt eine entsprechende Mitteilung in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) innerhalb von zwei Monaten nach Zugang unserer diesbezüglichen Information.
- f) Die Neufestsetzung des Beitrags wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung an Sie folgt.

Tarif CV: Krebs-SCHUTZ Vorsorge

Der Tarif CV ist ein Ergänzungstarif für die Krebsvorsorge und -behandlung.

§ 1 Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die aufgeführten Leistungen der Absätze 2 und 3 des nachfolgenden Paragraphen sind erstattungsfähig, wenn eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen erstmals nach Ablauf der Wartezeit von drei Monaten ärztlich diagnostiziert und uns ein entsprechender Nachweis (z. B. Rechnungsbeleg mit Diagnose oder Laborbescheinigung) erbracht wurde. Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist in § 1 „Was ist versichert?“ in Absatz 3 im Allgemeinen Teil definiert.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Erweiterte Krebsvorsorge

(1) Erstattet werden **100 %** der Aufwendungen im Rahmen von **Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs** für im Folgenden aufgeführte ärztliche Leistungen im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 Absatz 1 SGB V, siehe Anhang) oder einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Die Erstattung ist **auf 400 EUR innerhalb von jeweils 24 Monaten begrenzt**.

- a) Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr einmal innerhalb von jeweils 24 Monaten:
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.
- b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr einmal innerhalb von jeweils 24 Monaten:
Chemischer oder immunologischer Okkultbluttest oder M2-PK-Test zur Früherkennung von Darmkrebs.
- c) Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr einmal innerhalb von jeweils 24 Monaten:
Gynäkologische Krebsfrüherkennung.
- d) Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr einmal innerhalb von jeweils 24 Monaten:
Urologische Krebsfrüherkennung.

Unterstützung nach Krebsdiagnose

(2) Erstattet werden **100 %** der Aufwendungen für:

- a) Ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen einer medizinischen Zweitmeinung, sofern sie im Rahmen der GOÄ in Rechnung gestellt werden, oder für die Begutachtung durch Tumorboards zur Therapieplanung. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **1.000 EUR innerhalb von jeweils 60 Monaten**.
- b) Genetische Tests zur Verbesserung der Medikamentensicherheit im Rahmen einer ärztlich durchgeführten, individualisierten Krebstherapie, z. B. ein Tamoxifen-Test in der Brustkrebstherapie. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **500 EUR innerhalb von jeweils 24 Monaten**.
- c) Ambulante psychotherapeutische Leistungen zur Krisenintervention oder Überbrückung, bis eine von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung gezahlte Therapie anschließt. Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen, die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen der GOÄ oder durch Psychologische Therapeuten im Rahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erbracht werden. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

im Rahmen der GOP erfolgen.

Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **500 EUR innerhalb von jeweils 36 Monaten**.

- d) Die Teilnahme an einem telefonischen oder online durchgeführten Beratungsprogramm zu Krebserkrankungen, das von einem vom Versicherer vorgegebenen Dienstleister angeboten wird. Das Beratungsprogramm dient der Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapie sowie dem Kennenlernen von Selbstmanagement-Strategien zur Bewältigung der Krebserkrankung.

Unsere Leistungsabteilung benennt auf Nachfrage gerne die Kontaktdaten des Dienstleisters.

Kur-/Reha-Tagegeld

(3) Es gelten folgende Leistungen:

- a) Bei stationären Genesungskuren und bei sonstigen medizinisch notwendigen stationären Kuren, bedingt durch eine Krebserkrankung, wird für die Dauer der Maßnahme der tarifliche Tagessatz in Höhe von **50 EUR für maximal 42 Tage** gezahlt.
- b) Bei sonstigen medizinisch notwendigen ambulanten Kuren, bedingt durch eine Krebserkrankung, wird für die Dauer der Maßnahme ein tarifliches Kurtagegeld in Höhe von **25 EUR für maximal 42 Tage** gezahlt.

Dabei versteht man unter

- stationären Genesungskuren: Anschlussheilbehandlungen sowie ärztlich verordnete stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, welche innerhalb von sechs Monaten nach einer stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden. Die Maßnahmen müssen zur Sicherstellung des Heilerfolges der Krebserkrankung medizinisch notwendig sein. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen,
- stationären Kuren: sonstige medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und
- ambulanten Kuren: sonstige medizinisch notwendige ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Genesungskuren und stationären bzw. ambulanten Kuren müssen von einem approbierten Arzt verordnet sein.

Leistungen können – außer bei stationären Genesungskuren – höchstens einmal innerhalb von jeweils 36 Monaten in Anspruch genommen werden.

§ 3 In welchem Umfang besteht Leistungspflicht?

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.
- (3) Generell besteht kein Leistungsanspruch für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der jeweiligen Gebührenordnung anfallen.

§ 4 Welche Einschränkungen der Leistungspflicht gibt es?

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich der jeweiligen Folgen;
 - b) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - c) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Sofern für eine Beobachtungseinheit eine Beitragsanpassung erforderlich ist, sind wir zugleich berechtigt, die tariflich vorgesehenen Leistungshöchstbeträge sowie die Tagegelder mit Zustimmung der Treuhänder nach Maßgabe des § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Anhang) zu erhöhen. Änderungen erfolgen ab dem Termin der Beitragsanpassung, sofern nicht mit Zustimmung der Treuhänder ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Im Zuge einer stattfindenden Beitragsanpassung kann sich auch die Altersgruppeneinteilung ändern. Die Altersgruppeneinteilung finden Sie in der „Anlage zu den Tarifen“ (siehe III. Anlage).

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen geändert werden?

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen des Allgemeinen und die des Besonderen Teils den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.
- (2) Außerdem können wir eine Bedingungsanpassung gemäß §§ 164, 203 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG, siehe Anhang) auf gesetzlicher Grundlage vornehmen.
- (3) Die Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats, die des Absatzes 2 zu Beginn der dritten Woche wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

Tarif CS: Krebs-SCHUTZ Stationär

Der Tarif CS ist ein Krankheitskostentarif für die Erstattung von Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung wegen einer bedingungsgemäßen Krebserkrankung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung.

§ 1 Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die aufgeführten Aufwendungen der Absätze 1 und 2 des nachfolgenden Paragraphen sind erstattungsfähig, wenn eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen erstmals nach Ablauf der Wartezeit von drei Monaten ärztlich diagnostiziert wurde und eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen dieser Krebserkrankung erforderlich wird. Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist in § 1 „Was ist versichert?“ in Absatz 3 im Allgemeinen Teil definiert.

Sofern die Erkrankung erst während einer stationären Behandlung diagnostiziert wird, gilt für den Leistungsanspruch aus diesem Tarif ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht zunächst als ausreichend. **Stellt sich jedoch im Verlauf der Krankenhausbehandlung heraus, dass keine Krebserkrankung im Sinne der Bedingungen vorliegt, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages, nachdem die endgültige Diagnose gestellt wurde. Der Versicherer ist unverzüglich über die geänderte Diagnose zu informieren.**

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Erstattungsfähige Kosten

(1) Erstattungsfähig sind:

- a) die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch den Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Telefons oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet. Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind mit Ausnahme des in Buchstabe b) geregelten Falles nicht erstattungsfähig. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem KHEntgG abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß KHEntgG angefallen wäre.

Stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht versichert.

- b) die Mehrkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet.
- c) die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson an-

lässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 Absatz 2 Nr. 3 KHEntgG. Diese Leistung wird bis zum Ende des Kalenderjahres gezahlt, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.

- d) die gesetzlichen Zuzahlungen für Fahrkosten zum Krankenhaus und zurück.

Krankenhaustagegeld

(2) Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- a) bei Verzicht auf die Erstattung für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer **35 EUR**,
- b) bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung **25 EUR**.

§ 3 In welchem Umfang besteht Leistungspflicht?

- (1) 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.
- (2) Bei teilstationärer Krankenhausbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
- (3) Wir leisten für medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen, die aufgrund einer bösartigen Neubildung (Anschlussheilbehandlung nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie) medizinisch notwendig waren, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Der nachfolgende Absatz 4 findet keine Anwendung.
- (4) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn wir sie vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.
- (5) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; wir können jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.
- (6) Generell besteht kein Leistungsanspruch für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der jeweiligen Gebührenordnung anfallen.

§ 4 Welche Einschränkungen der Leistungspflicht gibt es?

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich der jeweiligen Folgen;
- b) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- c) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so wir, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Sofern für eine Beobachtungseinheit eine Beitragsanpassung erforderlich ist, sind wir zugleich berechtigt, die tariflich vorgesehenen Krankenhaustagegelder, die statt Kostenersatz bei Verzicht auf bestimmte Leistungen gezahlt werden, mit Zustimmung der Treuhänder nach Maßgabe des § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Anhang) zu erhöhen. Änderungen erfolgen ab dem Termin der Beitragsanpassung, sofern nicht mit Zustimmung der Treuhänder ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Im Zuge einer stattfindenden Beitragsanpassung kann sich auch die Altersgruppeneinteilung ändern. Die Altersgruppeneinteilung finden Sie in der „Anlage zu den Tarifen“ (siehe III. Anlage).

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen geändert werden?

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen des Allgemeinen und die des Besonderen Teils den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.
- (2) Außerdem können wir eine Bedingungsanpassung gemäß §§ 164, 203 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG, siehe Anhang) auf gesetzlicher Grundlage vornehmen.
- (3) Die Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats, die des Absatzes 2 zu Beginn der dritten Woche wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

Tarif CA: Krebs-SCHUTZ Ambulant

Der Tarif CA ist ein ambulanter Krankheitskostentarif nach einer Krebserkrankung für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören.

§ 1 Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif CA können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der deutschen GKV versichert sind.

Die Versicherungsfähigkeit und die Versicherung nach diesem Tarif enden für eine versicherte Person jeweils mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der deutschen GKV entfällt. Sie als Versicherungsnehmer haben uns die Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV unverzüglich anzuzeigen.

§ 2 Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die im nachfolgenden § 3 aufgeführten Aufwendungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen erstmals nach Ablauf der Wartezeit von drei Monaten ärztlich diagnostiziert wird und uns ein entsprechender Nachweis (z. B. Rechnungsbeleg mit Diagnose oder Laborbescheinigung) vorgelegt wird. Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist in § 1 „Was ist versichert?“ in Absatz 3 im Allgemeinen Teil definiert. Zudem hat die versicherte Person bei ihrer GKV anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung, eingeschränkt auf die Bereiche der ärztlichen Versorgung und veranlasste Leistungen, nach § 13 Absatz 2 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu wählen. Uns sind der Beginn und das Ende des Anspruchs der Kostenerstattung in Textform nachzuweisen.

Ab Feststellung der für die Leistungserbringung notwendigen Krebserkrankung besteht Versicherungsschutz für die ambulant durchgeführte medizinisch notwendige Heilbehandlung sämtlicher Erkrankungen unabhängig davon, ob die bedingungsgemäße Krebserkrankung fortbesteht oder nicht.

Wird keine Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V gewählt, so entfällt unsere Leistungspflicht.

Sofern die GKV Vorleistungen erbringt, haben Sie die Pflicht, diese bei uns anzuzeigen und durch geeignete Belege nachzuweisen. Gewählte Selbstbehalte nach § 53 Absatz 1 SGB V werden nicht erstattet.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

Erstattet werden, wenn die GKV geleistet hat:

(1) Allgemeine Heilbehandlung

- a) Ambulante Arztbehandlung:
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ambulante Arztbehandlung im Rahmen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Hierzu gehören unter anderem Beratungen, Besuche, Konsilien, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie und ärztliche Wegegebühren.
- b) Vorsorgeuntersuchungen:
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ.
- c) Schutzimpfungen:
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ.

d) Häusliche Behandlungspflege:
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege bis zu einer Maximalerstattung von **1.000 EUR innerhalb von jeweils 12 Monaten**.

e) Hebammenhilfe:
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ambulante Leistungen einer Hebamme im Rahmen der amtlichen Hebammen-Vergütungsvereinbarung.

(2) Arznei- und Verbandmittel

100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

(3) Heilmittel

100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe c). Insbesondere zählen hierzu die im Bundesbeihilfeverzeichnis für Heilmittel aufgeführten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Massagen und medizinische Bäder jeder Art.

(4) Hilfsmittel

a) Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen)
100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.:

Hör- und Sprechhilfen; Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle; Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel; Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter. Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Für folgende Hilfsmittel gelten vor Berücksichtigung der Vorleistung durch die GKV je Hilfsmittel nachfolgende Höchstgrenzen des Rechnungsbetrages:

- für Hör- und Sprechhilfen **1.500 EUR**,
- für Körperersatzstücke, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate **15.000 EUR**,
- für Krankenfahrstühle **12.000 EUR**.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenzurichtungs- und -hilfen, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linde-

zung von Beschwerden); Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

b) **Sehhilfen**

100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für Sehhilfen **beschränkt auf 170 EUR innerhalb von jeweils 24 Monaten**. Nicht erstattungsfähig sind Korrekturen der Sehschärfe mittels Laser-Technologie (z. B. Lasik).

(5) **Fahrkosten**

100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige und durch ärztliche Verordnung entstandene Fahrkosten.

Hierzu zählen Fahrten zu stationären Behandlungen, Rettungsfahrten zum Krankenhaus (unabhängig von einer etwaigen stationären Aufnahme), Krankentransporte und Fahrten zu ambulanten Krankenbehandlungen sowie ambulanten Operationen. Etwaige Erstattungen aus dem Tarif CS werden als Vorleistung angerechnet.

(6) **Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie oder Psychotherapie oder durch Psychologische Psychotherapeuten. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen. Die Kosten werden im Rahmen der gültigen GOÄ oder der Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) anerkannt. Die Anzahl der **Sitzungen ist auf 50 pro Kalenderjahr begrenzt**.

Erstattet werden, wenn die GKV nicht geleistet hat:

(7) **Allgemeine Heilbehandlung**

a) **Ambulante Arztbehandlung:**

50 % der Aufwendungen für ambulante Arztbehandlung im Rahmen der gültigen GOÄ.

b) **Hebammenhilfe:**

50 % der Aufwendungen für ambulante Leistungen einer Hebamme im Rahmen der amtlichen Hebammen-Vergütungsvereinbarung.

(8) **Arznei- und Verbandmittel**

50 % der Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel für Krankheiten, die nach Ablauf der tariflichen Wartezeit diagnostiziert wurden.

(9) **Heilmittel**

50 % der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe c).

(10) **Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

50 % der Aufwendungen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung durch einen Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie oder Psychotherapie oder durch Psychologische Psychotherapeuten. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen.

Die Kosten werden im Rahmen der gültigen GOÄ oder GOP anerkannt. Die Anzahl der **Sitzungen ist auf 10 pro Kalenderjahr begrenzt**.

Nicht erstattungsfähig sind:

(11) Aufwendungen für Heilpraktiker und von diesen verordnete Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel.

§ 4 In welchem Umfang besteht Leistungspflicht?

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder Internetapotheke bezogen werden.

a) Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

b) Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Impfstoffe für deren Schutzimpfungen wir nicht leisten, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate, Badeszusätze, Desinfektionsmittel u. Ä. sowie vom Behandelnden selbst abgegebene Medikamente und Verbandsmittel sowie Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird).

c) Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten als Heilmittel alle in den Bundeshilfavorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht Sauna-, russisch-römische und ähnliche Bäder.

Soweit nicht die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung kommt, bemisst sich die tarifliche Leistung für Heilmittel nach den gemäß Bundeshilfavorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen (Anlage 9 zu § 23 Absatz 1 der Bundesbeihilfverordnung (BBhV) - „Höchstbeiträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel“). Für Aufwendungen, die über diese Beträge hinausgehen, besteht kein Leistungsanspruch.

(3) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten 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; wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(4) Generell besteht kein Leistungsanspruch für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der jeweiligen Gebührenordnung anfallen.

§ 5 Welche Einschränkungen der Leistungspflicht gibt es?

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung

entstandenen Aufwendungen;

- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Wann dürfen wir den Beitrag anpassen?

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Sofern für eine Beobachtungseinheit eine Beitragsanpassung erforderlich ist, sind wir zugleich berechtigt, die tariflich vorgesehenen Leistungshöchstbeträge mit Zustimmung der Treuhänder nach Maßgabe des § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Anhang) zu erhöhen. Änderungen erfolgen ab dem Termin der Beitragsanpassung, sofern nicht mit Zustimmung der Treuhänder ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Im Zuge einer stattfindenden Beitragsanpassung kann sich auch die Altersgruppeneinteilung ändern. Die Altersgruppeneinteilung finden Sie in der „Anlage zu den Tarifen“ (siehe III. Anlage).

§ 7 Wie berechnet sich Ihr Beitrag?

- (1) Für die Beitragsberechnung ist Ihr erreichtes Alter ausschlaggebend. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Beispiel: Eine Person ist am 01.10.1976 geboren und wählt als Versicherungsbeginn den 01.04.2016. Dann wird der Tarif mit einem erreichten Alter von 40 Jahren berechnet, obwohl die Person am 01.04.2016 umgangssprachlich noch 39 Jahre alt ist.

- (2) Für Personen, die während der Versicherung im Tarif CA nach der in Absatz 1 erläuterten Berechnungsweise das Alter 50 erreichen, wird der Beitrag zugrunde gelegt, der bei einem

Neuabschluss mit Versicherungsbeginn zum 01.01. des Jahres anfallen würde, in dem das Alter 50 erreicht wurde.

- (3) Für Personen, die nach der in Absatz 1 erläuterten Berechnungsweise bei Vertragsabschluss 50 Jahre alt oder älter sind, wird bei der Berechnung des Beitrags auf das Datum des Versicherungsbeginns abgestellt. Maßgebend für die Beitragsberechnung ist dann das tarifliche Monatsalter. Als tarifliches Monatsalter gilt die Anzahl der Monate zwischen dem 01.01 des Geburtsjahres und dem 01. des Monats des Versicherungsbeginns.

Beispiel: Eine Person ist am 18.10.1961 geboren und wählt als Versicherungsbeginn den 01.04.2016. Dann wird der Tarif mit einem tariflichen Monatsalter von 663 Monaten berechnet.

- (4) In jedem Fall finden nach Vollendung des 50. Lebensjahres keine planmäßigen Beitragsänderungen statt. Die Möglichkeit einer außerplanmäßigen Beitragsanpassung gemäß § 6 besteht jedoch weiterhin.

Weitere Regelungen ab erreichtem Alter 50:

- (5) Aufgrund der starken Altersabhängigkeit von Krebserkrankungen und den damit einhergehenden steigenden Krankheitskosten im Alter werden Teile des Beitrags zur Bildung einer Rückstellung, sogenannte Alterungsrückstellung, verwendet. Diese Rückstellung dient zur Stabilisierung der Beiträge.

- (6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Monatsalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Monatsalter bei Eintritt der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

§ 8 Unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen geändert werden?

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Bedingungen des Allgemeinen und die des Besonderen Teils den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.
- (2) Außerdem können wir eine Bedingungsanpassung gemäß §§ 164, 203 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG, siehe Anhang) auf gesetzlicher Grundlage vornehmen.
- (3) Die Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats, die des Absatzes 2 zu Beginn der dritten Woche, wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.



Advigon.Krebs-SCHUTZ, Anlage zu den Tarifen

Tarifbeiträge

Version 04.2016

Tarifbeiträge der Tarife CA (ab erreichtem Alter 50) und CD

Der Beitrag ist vom tariflichen Monatsalter bei Beginn der Versicherung abhängig. Als tarifliches Monatsalter gilt die Anzahl der Monate zwischen dem 01.01. des Geburtsjahres und dem 01. des Monats des Versicherungsbeginns. Der Beitrag kann bei uns erfragt werden.

Tarifbeiträge der Tarife CA (bis erreichtem Alter 49), CV und CS

Der Beitrag ist vom erreichten Alter abhängig und wird in Altersgruppen erhoben. Dies gilt im Tarif CA nur bis einschließlich erreichtem Alter 49. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die Altersgruppen betragen für die Tarife CS und CV: 0 bis 49, 50 bis 79 und 80 bis 104. Ab dem Beginn des Jahres, in dem die versicherte Person das 50. bzw. das 80. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Beitragsgruppe zu entrichten.

Für den Tarif CA besteht nur die Altersgruppe 0 bis 49. Zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, findet eine Beitragsumstufung statt. Der dann zu entrichtende Beitrag beträgt 49,99 EUR. Teile des Beitrags werden dann zum Aufbau einer Rückstellung verwendet. Diese Rückstellung wird in höheren Altern abgebaut und garantiert Ihnen – sofern keine Beitragsanpassungen notwendig werden – einen konstanten Beitrag.

Monatliche Raten des Tarifbeitrags in EUR:

Alter	Krebs-SCHUTZ Stationär (CS)	Krebs-SCHUTZ Vorsorge (CV)	Krebs-SCHUTZ Ambulant (CA)
0 bis 49	4,90	9,90	14,90
50 bis 79	8,90	19,90	*)
ab 80	14,90	29,90	*)

*) Die Höhe Ihres Beitrags hängt vom Versicherungsbeginn ab.

Die Beiträge gelten vorbehaltlich Beitragsanpassungen gemäß dem besonderen Teil des jeweiligen Tarifs. Im Falle einer solchen Beitragsanpassung kann die Altersgruppeneinteilung geändert werden.



Gebührenübersicht (Stand 2016)

	Beschreibung	Gebühren- erhebung
1	Die Gesellschaft erhebt für besondere Bemühungen, wie nachträgliche Eintragung oder Änderung von Begünstigungsvermerken, Verpfändungsvormerkungen, Abtretungserklärungen, Änderungen des Inhalts des Versicherungsscheins, Ausstellung von Ersatzurkunden usw., neben dem Ersatz der Postgebühren, Gebühren von 5,- EUR und kann deren Vorauszahlung verlangen. Für Abschriften sind die ortsüblichen Sätze zu zahlen. Für die Ausfertigung neuer Versicherungsscheine aufgrund einer automatischen Anpassung werden keine Gebühren in Rechnung gestellt.	nein
2	Die Gesellschaft erhebt für die Vertragsänderungsarten Beginnverlegung, Änderung der Dauer, Tarifwechsel, Vertragsteilungen und -zusammenlegungen eine Gebühr von 3 Promille der Versicherungssumme vor Vertragsänderung, höchstens jedoch 100,- EUR. Fallen mehrere gebührenpflichtige Vertragsänderungen gleichzeitig an, so wird die Gebühr nur einmal berechnet. Die Gebühr für Vertragsänderungen wird bei der Umrechnung an den vorhandenen Werten der Versicherung gekürzt.	nein
3	Die Gesellschaft erhebt für die Gewährung einer Vorauszahlung eine Gebühr von 25,- EUR.	nein
4	Eine Hebegebühr wird nicht gefordert. Für Rückläufer beim Lastschriftverfahren wird eine Kostenerstattung in Höhe von 3,- EUR verlangt.	ja
5	Die Gesellschaft erhebt für Mahnkosten, für die mit der Mahnung verbundenen Postgebühren sowie für die Verzugszinsen bis zum Mahntermin einen Pauschalbetrag von 5,- EUR pro Mahnung.	ja
6	Die Verzugszinsen stimmen mit den Zinsen für Vorauszahlungen (Darlehen) überein.	ja

Weitere Gebühren werden nicht erhoben.



Steuerliche Hinweise

Wichtiger Hinweis

Es ist nicht möglich, an dieser Stelle auf alle deutschen Steuervorschriften einzugehen, die im Zusammenhang mit dieser Versicherung stehen. Dies gilt vor allem auch für steuerliche Auswirkungen von Vertragsänderungen, die Sie während der Versicherungsdauer vornehmen. Fragen, auf die Sie hier keine Antwort finden, richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

Die Ausführungen geben den Stand der steuerlichen Bestimmungen des deutschen Einkommensteuergesetzes vom April 2016 wieder. Die steuerlichen Bestimmungen können sich durch Gesetzgebung und Rechtsprechung in Zukunft ändern und gegenüber dem heutigen Stand zu einer ungünstigeren steuerlichen Behandlung Ihres Vertrags führen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden.

Steuerliche Behandlung von Beiträgen

Beiträge für diese Versicherung – bis auf den Tarif CD – können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben geltend gemacht werden.

Versicherungssteuer

Beiträge zu dieser Versicherung sind von der Versicherungssteuer befreit, soweit Sie als Versicherungsnehmer Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Steuerliche Behandlung von Leistungen

Die Leistungen aus dieser Versicherung sind einkommensteuerfrei.

Auszug aus den in Bezug genommenen Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in

häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 153 Überschussbeteiligung

- (1) Dem Versicherungsnehmer steht eine Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung) zu, es sei denn, die Überschussbeteiligung ist durch ausdrückliche Vereinbarung ausgeschlossen; die Überschussbeteiligung kann nur insgesamt ausgeschlossen werden.
- (2) Der Versicherer hat die Beteiligung an dem Überschuss nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen; andere vergleichbare angemessene Verteilungsgrundsätze können vereinbart werden. Die Beträge im Sinn des § 268 Abs. 8 des Handelsgesetzbuchs bleiben unberücksichtigt.
- (3) Der Versicherer hat die Bewertungsreserven jährlich neu zu ermitteln und nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zuzuordnen. Bei der Beendigung des Vertrags wird der für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag zur Hälfte zugeteilt und an den Versicherungsnehmer ausgezahlt; eine frühere Zuteilung kann vereinbart werden. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen, insbesondere die §§ 89, 124 Absatz 1, § 139 Absatz 3 und 4 und die §§ 140 sowie 214 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bleiben unberührt.
- (4) Bei Rentenversicherungen ist die Beendigung der Ansparphase der nach Absatz 3 Satz 2 maßgebliche Zeitpunkt.

§ 163 Prämien- und Leistungsänderung

- (1) Der Versicherer ist zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn
 1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
 2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
 3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- (2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass an Stelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer prämiensfreien Versicherung ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.
- (3) Die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde

de bedarf.

§ 164 Bedingungsanpassung

- (1) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

- (3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.
- (4) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist § 164 anzuwenden.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V):

§ 13 Kostenerstattung

- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

§ 53 Wahltarife

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG):

§ 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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG):

§ 2 Krankenhausleistungen

- (2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch
 1. Die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch,
 2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch,
 4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,

5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. 4Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. 5Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

§ 17 Wahlleistungen

- (1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeuten oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.
- (2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.
- (3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und

der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

- (4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.
- (5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abziehenden Kosten decken.

Bundesbeihilfeverordnung (BBhV):

§ 23 Heilmittel

- (1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 9 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 10 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 9 genannten Höchstbeträge beschränkt.



Wir sind für Sie da: unser telefonischer Kundenservice

Telefonische Betreuung bei Vertrags- und Leistungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Team. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

Für Fragen zu Ihrem bestehenden Vertrag:

VertragsLine 040 5555-4033

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr

Für Fragen im Leistungsfall:

LeistungsLine 040 5555-4050

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr

Die Hilfeleistung können Sie beschleunigen, wenn Sie uns Ihre Advigon-Versicherungsschein-Nummer nennen.