Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil I

Rahmenbedingungen 2012 für die Krankheitskostenzusatzversicherung

Stand 01.01.2022

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie erbringt im Versicherungsfall die tarifliche Leistung.

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

a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,

b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den gesetzlichen Vorschriften, dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie sonstigen Vereinbarungen.

Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Zieltarif erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die INTER bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8 Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 5 und 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die höheren oder umfassenderen Leistungen einen Leistungsausschluss wählt.

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

Bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen um Rettung von Menschen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten.

Als Unfall gelten auch

- tauchertypische Erkrankungen,
- durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
- durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Infektionen gelten nur dann als Unfallfolgen, wenn die Krankheitserreger

- durch eine nicht nur geringfügige Unfallverletzung oder
- aufgrund einer unfallbedingten Heilmaßnahme oder eines unfallbedingten Eingriffs

in den Körper gelangten.

Nicht als Unfallfolge gelten

- Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, dass diese durch eine unfallbedingte strahlendiagnostische oder -therapeutische Maßnahme verursacht wurden,
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, dass diese durch einen Unfall veranlasst waren sowie
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht

wurden.

§ 2 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland und den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Vertragsstaaten). Er kann durch Vereinbarung auf andere Länder ausgedehnt werden.

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf dieses Monats zurückreisen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

(2) Ausland sind alle Gebiete außerhalb Deutschlands.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen EWR-Vertragsstaat, ist die INTER höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.

(4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten, erlischt deren Versicherungsschutz, sofern nicht eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

(5) Als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gilt der Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts im Ausland. Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

Ein Beitragszuschlag nach Absatz 3 ist ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zu zahlen.

(6) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umgestellt wird. Erfolgt dies innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts, wirkt die Vertragsumstellung ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, wirkt die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung zum Ersten des Folgemonats.

(7) Für die Schweiz gilt die Regelung bzgl. der EWR-Vertragsstaaten analog.

§ 3 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Wartezeiten

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 - mit Ausnahme der Erstbeitragszahlung - für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Besteht bei der INTER am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist die INTER verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(3) Bei Adoption eines minderjährigen Kindes ist mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Ansonsten gilt für eine solche Adoption Absatz 2 entsprechend.

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

Wartezeiten

(5) Bei Abschluss einer Krankheitskostenversicherung wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einer versicherten Person folgende Wartezeitregelungen:

a) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

b) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

c) Die Wartezeiten rechnen von dem Zeitpunkt an, zu dem die Vertragsänderung wirksam wird.

d) Die Wartezeiten entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif (Teil II AVB). Die Absätze 3 bis 9 gelten insoweit, als die jeweiligen Leistungen Bestandteil der tariflichen Leistungszusage sind.

(2) Leistungsjahr

Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, ist das Behandlungsdatum bzw. das Kaufdatum der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

(3) Leistungserbringer

Folgende Leistungserbringer können in Anspruch genommen werden:

- niedergelassene approbierte Ärzte und Zahnärzte,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte in Krankenhausambulanzen,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
- approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen).

Bei Heilbehandlung im Ausland können die im jeweiligen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(4) Abrechnungsgrundlagen für Gebühren und Entgelte

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind.

Psychotherapeutische Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, soweit sie nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenleistungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen berechnet sind.

Die Kosten für Heilmittel sind bis zu den nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt.

(5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 3 genannten und zur Verordnung berechtigten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Der Bezug ist auch aus einer Internet- oder Versandapotheke möglich, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

(6) Freie Krankenhauswahl

Die versicherte Person hat bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sowie Bundeswehrkrankenhäusern.

Hinsichtlich der Erstattung von allgemeinen Krankenhausleistungen kann der Tarif (Teil II AVB) Einschränkungen der freien Krankenhauswahl vorsehen.

(7) Anschlussrehabilitation

Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.

(8) Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalt), im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn die INTER diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn

- zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht oder
- eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolgversprechende Behandlung angesehen werden muss oder
- eine medizinisch notwendige Anschlussrehabilitation durchgeführt wird.

(9) Alternativmedizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

Sieht der Tarif eine Leistung für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern oder ärztlichen Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis vor, gelten Satz 1 und 2 insoweit nicht.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht sind. Gleiches gilt für Gebiete, für die bei Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes bestand.

Diese Leistungseinschränkung entfällt, wenn

- bei der Einreise noch keine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet bestand und
- die versicherte Person sich an dem Tag, an welchem eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, in dem betroffenen Gebiet befand und bis zum Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen dieses Gebiets gehindert war.

b) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

c) für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeigeführt hat.

d) für Entziehungsmaßnahmen,

e) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie weitere Leistungserbringer und in Krankenanstalten, deren Rechnungen die INTER aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen mit Ausnahme einer Anschlussrehabilitation nach § 4 Abs. 7, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

g) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

i) für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die INTER ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Entgelte für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die INTER berechtigt, die Leistung auf den angemessenen Betrag zu reduzieren.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Kostenträgers (z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung), ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, für welche über die gesetzlichen Leistungen hinaus ein Tarifanspruch besteht.

(4) Selbstbehalte in Wahltarifen der GKV nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden nicht ersetzt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der INTER.

Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Krankheitsbezeichnung und
- Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung.

Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit dem Ausstellungsdatum, dem Namen der behandelten Person und dem Bezugsdatum versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.

(2) Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.

Erbringt die GKV nur deswegen Leistungen nicht, weil ein Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart wurde, muss dies auf den jeweiligen Kostenbelegen angegeben sein.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).

(4) Die Versicherungsleistung kann nur der Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, er hat die versicherte Person gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Leistung benannt. In diesen Fällen ist die INTER verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs laut "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb Deutschlands und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.

Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform von der INTER Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat die INTER eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.

Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei der INTER.

Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch die INTER vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres (siehe § 12 Abs. 1) zu entrichten, kann aber auch in monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt. Der Beitrag oder die monatliche Beitragsrate ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen.

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

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

§ 8 Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im Einklang mit den Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der INTER festgelegt.

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

Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

Wird im vereinbarten Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet, ist nach Vollendung des 21. Lebensjahres von Beginn des jeweils folgenden Kalenderjahres an der Beitrag für das nächsthöhere Eintrittsalter zu zahlen.

Sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat, erhält der Versicherungsnehmer als Mitteilung jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Wird im vereinbarten Tarif eine Alterungsrückstellung gebildet, ist eine Erhöhung des Beitrags wegen des steigenden Alters der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses insoweit ausgeschlossen.

Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

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

Besteht eine Alterungsrückstellung, wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt, indem die Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

(3) Bei Beitragsänderungen werden bestehende Risikozuschläge entsprechend angepasst, soweit keine hiervon abweichende Regelung vereinbart wurde.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, soweit die Leistungen höher oder umfassender sind, ein erhöhtes Risiko vor, kann die INTER dafür einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken. Anstelle des Risikozuschlags kann der Versicherungsnehmer den Ausschluss der höheren oder umfassenderen Leistungen verlangen.

Beitragsanpassung

(5) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der INTER z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die INTER jährlich für jeden Tarif

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

b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

(7) Anpassungen nach Absatz 5 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 4) haben auf Verlangen der INTER jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfanges erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen der INTER ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die INTER von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die INTER kann ein Versicherungsverhältnis nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(3) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des

Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Aufrechnung

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen, gegen andere Forderungen der INTER nur insoweit, als die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12 Versicherungsjahr / Vertragsdauer

(1) Das Versicherungsjahr umfasst zwölf Monate. Es ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Vertragsbeginn).

Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.

(2) Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre, sofern der Tarif (Teil II AVB) nichts anderes vorsieht. Danach verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe §§ 13 und 14).

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer nach § 12 Abs. 2.

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

(3) Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Vereinbarung im Versicherungsvertrag, nach der bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Alter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen.

(4) Erhöht die INTER die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

Ein Kündigungsrecht besteht auch, wenn die INTER aufgrund einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht rückwirkend einen Leistungsausschluss verlangt oder einen Risikozuschlag erhebt, durch den der Beitrag um mehr als 10 % steigt. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung der INTER ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen der INTER nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.

(8) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Der Antrag auf diese Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung gestellt werden.

§ 14 Kündigung durch die INTER

(1) Das ordentliche Kündigungsrecht der INTER ist ausgeschlossen.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist die INTER zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück.

Solange eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht, ist eine Kündigung durch die INTER ausgeschlossen.

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Ansprüche gegen Dritte

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

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, der INTER ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 schriftlich abzutreten.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER müssen in Schriftform erfolgen, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 18 Gerichtsstand

(1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

§ 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

(3) Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können bei einer Beitragsanpassung nach § 8 Abs. 5 bis 7 und unter den Voraussetzungen von Absatz 1 die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge, Ersatz-Krankenhaustagegelder sowie sonstigen betragsmäßig festgelegten Leistungen der INTER mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 20 Hinweis zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

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

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

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

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

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

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

(2) Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

(3) Hinweis auf den Rechtsweg

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

INTER QualiMed Z® Zahn
Tarif Z70

Stand 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Einlagenfüllungen (Inlays) 20% und bei sonstigem Zahnersatz 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen.

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der GOZ berechneten Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **95%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 70% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **65%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **55%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

2. Inlays

Zu 70% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 EUR pro Inlay.

3. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

4. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

5. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

6. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

<u>Medizinische Informationen zu</u>

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

<u>Unterstützung und Betreuung durch</u>

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z70 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

INTER QualiMed Z® Zahn
Tarif Z80

Stand 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten und Kieferorthopädie im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Einlagefüllungen (Inlays) 20% und bei sonstigem Zahnersatz 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen.

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der GOZ berechneten Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **95%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **65%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

2. Implantate

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, sofern die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **65%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Die Aufwendungen für implantologischen Leistungen umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse und Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im Zusammenhang stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen sowie das Freilegen des Implantats.

3. Inlays

Zu 80% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 60% erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5 anfallen, bis zu einem Erstattungsbetrag von 350 EUR je Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Hierzu gehören unter anderem die zusätzlichen Aufwendungen für Materialkosten (Brackets, Bänder, Bögen) und die Versiegelung der Zähne.

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 60% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen, für die die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Einstufung in KIG 2) keinen Leistungsanspruch anerkannt hat.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

8. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

<u>Medizinische Informationen zu</u>

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

<u>Unterstützung und Betreuung durch</u>

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,

- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z80 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

INTER QualiMed Z® Zahn
Tarif Z90

Stand 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten und Kieferorthopädie im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Einlagefüllungen (Inlays) 20% und bei sonstigem Zahnersatz 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen.

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der GOZ berechneten Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **95%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern

- es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält und
- die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

2. Implantate

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, sofern die versicherte Person für die letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. durch Führen eines Bonusheftes) nachweisen kann.

Der Erstattungssatz reduziert sich auf **85%**, wenn der Nachweis für weniger als zehn, mindestens aber für fünf Jahre erbracht werden kann und auf **75%**, wenn der Nachweis für weniger als fünf Jahre erfolgt.

Die Aufwendungen für implantologische Leistungen umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im Zusammenhang stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats.

3. Inlays

Zu 90% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 80% erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers verbleibenden Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen bei den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5 anfallen, bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 EUR je Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Hierzu gehören unter anderem die zusätzlichen Aufwendungen für Materialkosten (Brackets, Bänder, Bögen) und die Versiegelung der Zähne.

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen, für die die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Einstufung in KIG 2) keinen Leistungsanspruch anerkannt hat.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat. Bei späterem Behandlungsbeginn reduziert sich der Erstattungssatz auf **50%**.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen aus diesem Tarif werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

7. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

8. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

<u>Medizinische Informationen zu</u>

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

<u>Unterstützung und Betreuung durch</u>

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,

- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z90 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

INTER QualiMed Z® Zahn
Tarif Z90Plus

Stand 01.01.2019

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Implantaten, Kieferorthopädie, professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe, Zahnbehandlung und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Sofern die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt, werden bei Inlays (Nr. 3) 20% und bei Zahnersatz (Nr. 1) 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers von den tariflichen Leistungen abgezogen. Bei Implantaten (Nr. 2) erfolgt kein Abzug, auch wenn die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie
- für vor Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif Z90Plus angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen, ausgenommen professionelle Zahnreinigung (Nr. 5) und Maßnahmen zur Prophylaxe (Nr. 6).

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern es sich um eine Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 1 SGB V handelt und die Rechnung keine nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechneten Vergütungsanteile enthält.

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, sofern es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung handelt und/oder die Rechnung nach der GOZ berechnete Vergütungsanteile enthält.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leistungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen Unfall zurückgeführt werden kann, der nach Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif Z90Plus eingetreten ist.

2. Implantate

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen.

Diese umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für die Diagnostik (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich dentaler Volumentomographie (DVT)), die lokale Anästhesie, das Einbringen des Implantats, die damit im

Zusammenhang stehenden knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen Unfall zurückgeführt werden kann, der nach Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif Z90Plus eingetreten ist.

3. Inlays

Zu 90% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Material- und Laborkosten.

4. Kieferorthopädie

a) Kieferorthopädie bei Minderjährigen

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres einmalig bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.500 EUR (unabhängig von der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) 1 – 5).

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Eigenanteil, den gesetzlich Versicherte nach § 29 Abs. 2 SGB V leisten.

b) Kieferorthopädie bei Erwachsenen

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bei Behandlungsbeginn nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmalig bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.500 EUR.

5. Professionelle Zahnreinigung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung bis zu einem Erstattungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr.

6. Prophylaxe

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende prophylaktische bzw. konservierende Leistungen:

- Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur Vorbeugung,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- lokale Fluoridierung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren und
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.

7. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende konservierende, chirurgische und parodontologische Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten:

- plastische Füllungen,
- Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (GOZ-Ziffern 4000-4150) und
- Eingliedern von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060). Hierzu gehören auch die damit in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 100% erstattungsfähig sind die oben genannten Aufwendungen nach Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers (Mehraufwendungen).

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

Zu 100% erstattungsfähig sind die oben genannten Aufwendungen soweit sie der Zahnarzt nicht im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung bzw. der Heilfürsorge erbringen kann.

Leistet die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger nicht, obwohl nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) Leistungspflicht besteht, werden 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung von der tariflichen Leistung abgezogen.

8. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung außerhalb der Leistungspflicht der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers bis zu einem Erstattungsbetrag von 350 EUR pro Kalenderjahr.

Hierzu zählen Aufwendungen für

- Analgosedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur und
- Hypnose.

9. Summenbegrenzungen

Die Aufwendungen aus diesem Tarif unter Nr. 1 bis 4 und Nr. 7 bis 8 werden für jede versicherte Person in den ersten 60 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate,

4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate,

5.000 EUR innerhalb der ersten 60 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

10. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen gemäß

- Nr. 1 bis 5 über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt
- Nr. 6 bis 8 bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

11. Heil- und Kostenpläne

Die INTER empfiehlt, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen.

Sie verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

12. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

<u>Medizinische Informationen zu</u>

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

<u>Unterstützung und Betreuung durch</u>

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif Z90Plus wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt. Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

INTER QualiMed Z® Zahn
Tarif ZPro

Stand 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen,

- die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben und
- für die eine Versicherung nach einem der Tarife Z70, Z80, Z90, GZE 1 oder GZE 2 besteht.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe, Zahnbehandlung und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im tariflichen Umfang.

Die Leistungen der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers werden von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten, geplant oder begonnen wurden, ausgenommen professionelle Zahnreinigung (Nr. 1) und Maßnahmen zur Prophylaxe (Nr. 2).

1. Professionelle Zahnreinigung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die professionelle Zahnreinigung einmal im Kalenderjahr.

2. Prophylaxe

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende prophylaktische bzw. konservierende Leistungen:

- Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur Vorbeugung,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- lokale Fluoridierung,
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren und
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen.

3. Zahnbehandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende konservierende, chirurgische und parodontologische Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten, soweit sie der Zahnarzt nicht im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung bzw. der Heilfürsorge erbringen kann:

- plastische Füllungen,
- Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (GOZ-Ziffern 4000-4150) und
- Eingliedern von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060). Hierzu gehören auch die damit in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Aufbissbehelfe und Schienen, wenn diese im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind.

4. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung außerhalb der Leistungspflicht der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers bis zu einem Erstattungsbetrag von 250 EUR pro Kalenderjahr.

Hierzu zählen Aufwendungen für

- Analgosedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,

- Akupunktur und
- Hypnose.

5. Summenbegrenzungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person in den ersten 36 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenversicherung bei der INTER mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

750 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

1.500 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

C. Beitrag

Im Tarif ZPro wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Anhang

Stand 01.01.2024

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Abs. 1 und 2
Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

§ 28 Abs. 1 bis 4
Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37
Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38
Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der

Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Abs. 2
Übergang von Ersatzansprüchen

(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.

§ 193 Abs. 3
Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuchsind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 196
Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 200
Bereicherungsverbot

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

§ 203 Abs. 2 und 3
Prämien- und Bedingungsanpassung

(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als

vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

(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.

§ 204 Abs. 1 Nr. 1
Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

   a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

   b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

   c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

   ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Abs. 1
Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers

zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 149
Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150
Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 152 Abs. 1
Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und

2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 153
Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 155 Abs. 2
Prämienänderung

(2) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

1. der Zeitpunkt und die Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Absatz 4 zu verwenden sind, und
2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 und 2 darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 149 und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

Auszug aus dem Transplantationsgesetz (TPG)

§ 8 Abs. 3
Entnahme von Organen und Geweben

(3) Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3
Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3

verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(3) Die Ausbildungsstelle darf eine Frau im Sinne von § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 bereits in der Schutzfrist nach der Entbindung im Rahmen der schulischen oder hochschulischen Ausbildung tätig werden lassen, wenn die Frau dies ausdrücklich gegenüber ihrer Ausbildungsstelle verlangt. Die Frau kann ihre Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

(4) Der Arbeitgeber darf eine Frau nach dem Tod ihres Kindes bereits nach Ablauf der ersten zwei Wochen nach der Entbindung beschäftigen, wenn

1. die Frau dies ausdrücklich verlangt und
2. nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht.

Sie kann ihre Erklärung nach Satz 1 Nummer 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

§ 11
Unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen für schwangere Frauen

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die schwangere Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie folgenden Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann:

1. Gefahrstoffen, die nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen, zur Änderung und Aufhebung der Richtlinien 67/548/EWG und 1999/45/EG und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 (ABl. L 353 vom 31.12.2008, S. 1) zu bewerten sind
   a) als reproduktionstoxisch nach der Kategorie 1A, 1B oder 2 oder nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation,
   b) als keimzellmutagen nach der Kategorie 1A oder 1B,
   c) als karzinogen nach der Kategorie 1A oder 1B,
   d) als spezifisch zielorgantoxisch nach einmaliger Exposition nach der Kategorie 1 oder
   e) als akut toxisch nach der Kategorie 1, 2 oder 3,
2. Blei und Bleiderivaten, soweit die Gefahr besteht, dass diese Stoffe vom menschlichen Körper aufgenommen werden, oder
3. Gefahrstoffen, die als Stoffe ausgewiesen sind, die auch bei Einhaltung der arbeitsplatzbezogenen Vorgaben möglicherweise zu einer Fruchtschädigung führen können.

Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 oder 2 gilt insbesondere als ausgeschlossen,

1. wenn
   a) für den jeweiligen Gefahrstoff die arbeitsplatzbezogenen Vorgaben eingehalten werden und es sich um einen Gefahrstoff handelt, der als Stoff ausgewiesen ist, der bei Einhaltung der arbeitsplatzbezogenen Vorgaben hinsichtlich einer Fruchtschädigung als sicher bewertet wird, oder
   b) der Gefahrstoff nicht in der Lage ist, die Plazentaschranke zu überwinden, oder aus anderen Gründen ausgeschlossen ist, dass eine Fruchtschädigung eintritt, und
2. wenn der Gefahrstoff nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 nicht als reproduktionstoxisch nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation zu bewerten ist.

Die vom Ausschuss für Mutterschutz ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse sind zu beachten.

(2) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß mit Biostoffen der Risikogruppe 2, 3 oder 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung in Kontakt kommt oder kommen kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die schwangere Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie mit folgenden Biostoffen in Kontakt kommt oder kommen kann:

1. mit Biostoffen, die in die Risikogruppe 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung einzustufen sind, oder
2. mit Rötelnvirus oder mit Toxoplasma.

Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn der Kontakt mit Biostoffen im Sinne von Satz 1 oder 2 therapeutische Maßnahmen erforderlich macht oder machen kann, die selbst eine unverantwortbare Gefährdung darstellen. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 oder 2 gilt insbesondere als ausgeschlossen, wenn die schwangere Frau über einen ausreichenden Immunschutz verfügt.

(3) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie physikalischen Einwirkungen in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Als physikalische Einwirkungen im Sinne von Satz 1 sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen,
2. Erschütterungen, Vibrationen und Lärm sowie
3. Hitze, Kälte und Nässe.

(4) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen

aussetzen, bei denen sie einer belastenden Arbeitsumgebung in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau insbesondere keine Tätigkeiten ausüben lassen

1. in Räumen mit einem Überdruck im Sinne von § 2 der Druckluftverordnung,
2. in Räumen mit sauerstoffreduzierter Atmosphäre oder
3. im Bergbau unter Tage.

(5) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie körperlichen Belastungen oder mechanischen Einwirkungen in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau insbesondere keine Tätigkeiten ausüben lassen, bei denen

1. sie ohne mechanische Hilfsmittel regelmäßig Lasten von mehr als 5 Kilogramm Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 Kilogramm Gewicht von Hand heben, halten, bewegen oder befördern muss,
2. sie mit mechanischen Hilfsmitteln Lasten von Hand heben, halten, bewegen oder befördern muss und dabei ihre körperliche Beanspruchung der von Arbeiten nach Nummer 1 entspricht,
3. sie nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft überwiegend bewegungsarm ständig stehen muss und wenn diese Tätigkeit täglich vier Stunden überschreitet,
4. sie sich häufig erheblich strecken, beugen, dauernd hocken, sich gebückt halten oder sonstige Zwangshaltungen einnehmen muss,
5. sie auf Beförderungsmitteln eingesetzt wird, wenn dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt,
6. Unfälle, insbesondere durch Ausgleiten, Fallen oder Stürzen, oder Tätlichkeiten zu befürchten sind, die für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellen,
7. sie eine Schutzausrüstung tragen muss und das Tragen eine Belastung darstellt oder
8. eine Erhöhung des Drucks im Bauchraum zu befürchten ist, insbesondere bei Tätigkeiten mit besonderer Fußbeanspruchung.

(6) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau folgende Arbeiten nicht ausüben lassen:

1. Akkordarbeit oder sonstige Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielt werden kann,
2. Fließarbeit oder
3. getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo, wenn die Art der Arbeit oder das Arbeitstempo für die schwangere Frau oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt.

§ 12
Unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen für stillende Frauen

(1) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die stillende Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie folgenden Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann:

1. Gefahrstoffen, die nach den Kriterien des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 als reproduktionstoxisch nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation zu bewerten sind oder
2. Blei und Bleiderivaten, soweit die Gefahr besteht, dass diese Stoffe vom menschlichen Körper aufgenommen werden.

(2) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie in einem Maß mit Biostoffen der Risikogruppe 2, 3 oder 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung in Kontakt kommt oder kommen kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere vor, wenn die stillende Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie mit Biostoffen in Kontakt kommt oder kommen kann, die in die Risikogruppe 4 im Sinne von § 3 Absatz 1 der Biostoffverordnung einzustufen sind. Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn der Kontakt mit Biostoffen im Sinne von Satz 1 oder 2 therapeutische Maßnahmen erforderlich macht oder machen kann, die selbst eine unverantwortbare Gefährdung darstellen. Eine unverantwortbare Gefährdung im Sinne von Satz 1 oder 2 gilt als ausgeschlossen, wenn die stillende Frau über einen ausreichenden Immunschutz verfügt.

(3) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie physikalischen Einwirkungen in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Als physikalische Einwirkungen im Sinne von Satz 1 sind insbesondere ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen zu berücksichtigen.

(4) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau keine Tätigkeiten ausüben lassen und sie keinen Arbeitsbedingungen aussetzen, bei denen sie einer belastenden Arbeitsumgebung in einem Maß ausgesetzt ist oder sein kann, dass dies für sie oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt. Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau insbesondere keine Tätigkeiten ausüben lassen

1. in Räumen mit einem Überdruck im Sinne von § 2 der Druckluftverordnung oder
2. im Bergbau unter Tage.

(5) Der Arbeitgeber darf eine stillende Frau folgende Arbeiten nicht ausüben lassen:

1. Akkordarbeit oder sonstige Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielt werden kann,
2. Fließarbeit oder
3. getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo, wenn die Art der Arbeit oder das Arbeitstempo für die stillende Frau oder für ihr Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt.

§ 16
Ärztliches Beschäftigungsverbot

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau nicht beschäftigen, soweit nach einem ärztlichen Zeugnis ihre Gesundheit oder die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau, die nach einem ärztlichen Zeugnis in den ersten Monaten nach der Entbindung nicht voll leistungsfähig ist, nicht mit Arbeiten beschäftigen, die ihre Leistungsfähigkeit übersteigen.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 Abs. 3
Gewinnbegriff im Allgemeinen

(3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbriefte Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.

§ 18 Abs. 1 Nr. 1

(1) Einkünfte aus selbständiger Arbeit sind

1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen;

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung -

§ 39c
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung

§ 78a Abs.3
Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

INTER Krankenversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Stand 1.1.2017

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

1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif.[1] Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[2] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv.

Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

[1] In vor dem 21.12.2012 eingeführten Tarifen kann sich die Beitragshöhe auch nach dem Geschlecht der versicherten Person richten.
[2] Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

INTER Versicherungsverein aG · INTER Krankenversicherung AG
INTER Lebensversicherung AG · INTER Allgemeine Versicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand 01.01.2021

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung

INTER Versicherungsverein aG
INTER Krankenversicherung AG
INTER Lebensversicherung AG
INTER Allgemeine Versicherung AG

Erzbergerstraße 9-15
68165 Mannheim
Telefon: 0621 – 427 427
Telefax: 0621 – 427 944
E-Mail: info@inter.de

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

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben sich unsere Unternehmen auf die Einhaltung der "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter

https://www.inter.de/Datenschutz

abrufen.

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem der oben genannten Unternehmen der

INTER Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur

Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines

Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 EU-DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) EU-DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) EU-DSGVO.

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Einzelne übernommene Risiken versichern die oben genannten Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Versicherungsvermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche der INTER Versicherungsgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.
Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter

https://www.inter.de/Datenschutz

entnehmen.

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Sofern im Rahmen der Begründung oder der Durchführung Ihres Versicherungsvertrages ein Austausch Ihrer personenbezogenen Daten mit dem HIS erfolgt, werden Sie hierüber gesondert informiert.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung, dem Bezug von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten

an die infoscore Consumer Data (ICD) GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b) und Art. 6 Abs. 1 f) der EU-DSGVO. Übermittlungen auf Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe oder Dritter erforderlich ist und nicht Ihre Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne von Art. 14 EU-DSGVO, das heißt Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie hier:

https://finance.arvato.com/icdinfoblatt

Adressauskünfte

Wir übermitteln im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieser Geschäftsbeziehung an die EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1-3, D-61279 Grävenwiesbach (EURO-PRO).

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 b) und Artikel 6 Absatz 1 f) der EU-DSGVO. Die EURO-PRO verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch, um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Adressinformationen von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der EURO-PRO können dem EURO-PRO Informationsblatt entnommen oder online unter www.europro.de/datenschutz eingesehen werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Anlage 1

INTER QualiMed Z®
Beitragstabelle

Stand 01.01.2023

Monatliche Beitragsraten in EUR

1. INTER QualiMed Z® Ambulant

Eintrittsalter	AVP	AVSH	APS
0 - 20	4,30	13,44	22,60
21 - 25	7,50	14,88	31,11
26 - 30	7,50	17,35	36,15
31 - 35	7,50	20,46	42,53
36 - 40	7,50	23,16	48,05
41 - 44	7,50	26,20	54,27
45	14,70	26,20	54,27
46 - 50	14,70	29,03	60,06
51 - 55	14,70	32,12	66,39
56 - 60	14,70	36,11	74,54
61 - 64	14,70	40,14	82,80
65 - 80	21,70	41,94	86,38
81 - 85	21,70	44,22	91,06
86 - 90	21,70	46,20	95,09
91 - 95	21,70	48,17	99,13
ab 96	21,70	49,77	102,40

2. INTER QualiMed Z® Stationär

Eintrittsalter	SU	S2	S1
0 - 20	1,60	4,87	6,95
21 - 44	4,20	14,43	21,44
45	4,20	16,24	24,21
46	4,20	17,14	25,60
47	4,20	18,05	26,99
48	4,20	18,95	28,37
49	4,20	19,30	28,91
50	4,20	19,66	29,45
51	4,20	20,01	29,99
52	4,20	20,36	30,53
53	4,20	20,71	31,07
54	4,20	22,08	33,16
55	4,20	23,45	35,24
56	4,20	24,83	37,32
57	4,20	26,20	39,41
58	4,20	27,57	41,49
59	4,20	29,42	44,29
60	4,20	31,26	47,08
61	4,20	33,11	49,87
62	4,20	34,96	52,66
63	4,20	36,81	55,45
64	4,20	39,12	58,95
65	4,20	38,51	58,03
66	4,20	38,51	58,03
67	4,20	38,51	58,03
68	4,20	40,26	60,73
69	4,20	42,70	64,77
70	4,20	45,15	68,80
71	4,20	47,59	72,84
72	4,20	50,03	76,88
73	4,20	52,47	80,92
74	4,20	55,17	84,97
75	4,20	57,88	89,03
76	4,20	60,58	93,08
77	4,20	63,28	97,14
78	4,20	65,99	101,20
79	4,20	68,41	104,55
80	4,20	70,83	107,90
81	4,20	73,25	111,25
82	4,20	75,67	114,60
83	4,20	78,09	117,96
84	4,20	79,99	120,46
85	4,20	81,90	122,97
86	4,20	83,80	125,48
87	4,20	85,71	127,98
88	4,20	87,61	130,49
89	4,20	88,76	131,88
90	4,20	89,91	133,28
91	4,20	91,05	134,68

Eintrittsalter	SU	S2	S1
92	4,20	92,20	136,07
93	4,20	93,35	137,47
94	4,20	94,17	138,46
95	4,20	95,00	139,46
96	4,20	95,83	140,46
97	4,20	96,65	141,45
98	4,20	97,48	142,45
99	4,20	98,31	143,44
100	4,20	99,13	144,44

3. INTER QualiMed Z® Zahn

Eintrittsalter	Z70	Z80	Z90	ZPro
0 - 20	0,69	5,31	12,63	1,79
21 - 44	4,70	8,71	18,10	11,63
45 - 64	13,82	19,47	35,26	10,51
ab 65	15,69	21,76	45,69	7,04

Eintrittsalter	Z90Plus
0 - 20	15,65
21 - 25	19,70
26 - 30	26,90
31 - 35	33,10
36 - 40	39,20
41 - 45	40,23
46 - 50	47,56
51 - 55	51,89
56 - 64	68,22
ab 65	66,21