

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Gesamt-Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Informationen

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) 2

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R)

Teil I Tarifbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R) (Teil I Tarifbedingungen) 6

Teil II Tarife

Tarif SG 1R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 18

Tarif SG 2R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 20

Tarif EG 3R - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 22

Tarife ZE 30R, ZE 40R - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 25

Tarif AGR - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 26

Tarif AG 1R - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 27

Tarif Z1R - Zahn premium R - Ergänzungstarif für Zahnersatz und Kieferorthopädie für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 29

Tarif Z2R - Zahn comfort R - Ergänzungstarif für Zahnersatz und Kieferorthopädie für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 32

Tarif ZVR - ZahnVorsorge R - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für zahnärztliche Leistungen und Zahnvorsorge innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 35

Tarif HR - Heilpraktiker R - Ergänzungstarif für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen 36

Anhang: Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) 37

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) 40

Merkblatt zum Datenschutz

Merkblatt zur Datenverarbeitung 41

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Versicherungsträger

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Nina Henschel, Dr. Matthias Ising.
Handelsregister Nr. HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 1141 06943

Hauptgeschäftstätigkeit

Die R+V Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln an, der nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die für das von Ihnen beantragte Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Antrag und diesem Bedingungsheft.

Wesentliche Merkmale der von Ihnen beantragten Versicherungen - wie z. B. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen - ergeben sich aus den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Beitrag

Die Höhe des Beitrags und die Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zum Versicherungsschein und dem Versicherungsschein.

Zahlung und Erfüllung

Die Bestimmungen zur Zahlung und Erfüllung des Beitrags finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich anfallende Kosten

Informationen zu den während der Vertragslaufzeit möglicherweise anfallenden Kosten finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Kosten, die für die Nutzung der von uns zur Kommunikation zur Verfügung gestellten Servicenummern entstehen, finden Sie im direkten Anschluss an die jeweilige Telefon- oder Telefaxnummer.

Zustandekommen des Vertrags

Vor Abgabe Ihres Antrags erhalten Sie mit diesen Verbraucherinformationen die Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls sonstige vertragsrelevante Informationen. Die Aufnahme Ihres Antrags stellt Ihr Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrags dar. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmestätigung der R+V Krankenversicherung AG ist der Versicherungsvertrag geschlossen, sofern Sie nicht Ihr Widerrufsrecht ausüben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch frühestens mit Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beginn des Versicherungsschutzes zudem von der rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags abhängig. Näheres können Sie auch § 2 der für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen entnehmen.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

Für den Versicherungsnehmer des Vertrags gilt:

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de
Internetadresse: www.ruv.de**

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Der jeweilige Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu

dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben zur Laufzeit und eine etwaige Mindestvertragsdauer finden Sie im Antrag sowie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Kündigungsrecht

Die Bestimmungen zum Kündigungsrecht finden Sie jeweils in den §§ 13 und 14 der für Sie geltenden Versicherungsbedingungen, für den Tarif PKB in den §§ 17 und 18 der AVB/GEPV bzw. Nrn. 7, 8 des Tarifs OT und Nr. 6 des Tarifs OTB.

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Das im Falle eines Rechtsstreits zuständige Gericht finden Sie in den für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen in der Regelung zum Gerichtsstand.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit wird in deutscher Sprache geführt.

Verbraucherschlichtungsstelle und Aufsichtsbehörde

Die R+V Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Der PKV-Ombudsmann übt diese Funktion aus. Bei Beschwerden können Sie daher das außergerichtliche Schlichtungsverfahren bei ihm in Anspruch nehmen. Wir erklären, dass wir an einem solchen Verfahren teilnehmen. Die Anschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen zum Verfahren finden Sie auf der Homepage des PKV-Ombudsmann: www.pkv-ombudsmann.de.

Sie gehen mit der Einlegung einer Beschwerde beim PKV-Ombudsmann keinerlei Verpflichtungen ein. Die Empfehlung des Ombudsmanns bindet Sie in keiner Weise. Sie sind zudem nicht gehindert, Ihre Forderung im Klagewege zu verfolgen.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden. Auch eine an die Aufsichtsbehörde gerichtete Beschwerde hindert Sie nicht, Ihre Forderung gerichtlich geltend zu machen.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von
Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R) (Teil I Tarifbedingungen)****Inhaltsverzeichnis**

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	8
Pflichten des Versicherungsnehmers	8
§ 8 Beitragszahlung	8
§ 8 a Beitragsberechnung	8
§ 8 b Beitragsanpassung	9
§ 9 Obliegenheiten	9
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	10
§ 12 Aufrechnung	10
Ende der Versicherung	10
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	11
Sonstige Bestimmungen	11
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	11
§ 17 Verbraucherschlichtungsstelle und Gerichtsstand	11
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	12

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R) (Teil I Tarifbedingungen)

gültig ab 01.01.2022

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inklusive Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 4). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den zukünftigen Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt wurde. Für den zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiter gilt § 13 Absatz 2.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

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

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind. Der erste Beitrag berechnet sich gegebenenfalls ratierlich ab diesem Tag.

- (4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

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

- (4) Wartezeiten entfallen

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird;
- c) sofern dies im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart ist.

- (5) Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können - mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen - erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.

Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

- (6) Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen.

Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vergleiche § 5 Absatz 1 a). Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.
- b) Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.
Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- a) **Arzneimittel**
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.
- b) **Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)**
Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Masseurern) erbracht werden.
- c) **Hilfsmittel**
Als Hilfsmittel gelten Sehhilfen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker. Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln (Reinigungsmittel u. a.).
- d) **Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen**
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,

über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:

- a) **Allgemeine Krankenhausleistungen** gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
 - b) **Wahlleistungen** gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
 - c) **Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr**
Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
 - d) **Teilstationäre Behandlung**
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsverhältnisse im I. Quartal.

Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

- (8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt entsprechendes, sofern die Mindestbeträge überschritten sind. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen;
 - b) für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen, für Pflegepersonal und Desinfektionen und für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten;
 - c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - e) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- Dies gilt auch für Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen, die in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mit versichert sind.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Behandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.
 - b) Wird nur Krankenhaustagegeld oder Kurtagegeld beantragt, genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses/der Kuranstalt über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlungen. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld- oder Kurtagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer 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 gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
- Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 20, 21 - 65, ab 66 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
- (3) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Treuhänder ist derjenige Treuhänder, der vom Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde als unabhängiger Treuhänder für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen substitutiven Krankenversicherungstarife benannt ist. Unter den gleichen Voraussetzungen wie eine Beitragsanpassung kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Der zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldete Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners kann nur das gesamte Versicherungsverhältnis einer versicherten Person zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens gekündigt werden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.
- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung

innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden der versicherten Person aus dem Unternehmen des Gruppenversicherungsvertragspartners hat die versicherte Person das Recht, ihr Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu den Bedingungen der entsprechenden Tarife mit Alterungsrückstellung fortzuführen, wobei als Eintrittsalter das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt wird.
- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des am Gruppenversicherungsvertrag teilnehmenden Mitarbeiters des Gruppenversicherungsvertragspartners. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Ansprechpartners des Versicherers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Mitarbeiters abzugeben.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (5) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Verbraucherschlichtungsstelle und Gerichtsstand

- (1) Für den Fall von Meinungsverschiedenheiten hat sich die R+V Krankenversicherung AG verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Der PKV-Ombudsmann (Anschrift: PKV-Ombudsmann, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; Webadresse: www.pkv-ombudsmann.de) übt diese Funktion aus.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

- (4) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
- (5) Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend für versicherte Personen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Hinsichtlich des Treuhänders gilt § 8 b Absatz 1 Satz 4 entsprechend. 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 der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

Tarif SG 1R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2013

Der Tarif SG 1R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel aus Wahltarifen) oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

- 2.1** Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:

zu 100 %
für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) berechnet werden.

Erstattet werden auch ärztliche Leistungen, die mit einer von der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden, sofern eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt.

Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.

- 2.2** Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall

a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Belegung eines gesondert berechenbaren Zimmers als ein Krankenhaustag.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR).

- b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BPfIV

- 3.1** Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BPfIV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankhaustagegeld von 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR) gezahlt.
- 3.2** Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.
- 3.3** Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 2 Teil I mit den tariflichen Sätzen erstattet.

6. Beitragsfreistellung

Dauert ein entschädigungspflichtiger Krankenhausaufenthalt länger als 8 Wochen, erhält der Versicherte in diesem Tarif für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Vertragsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

Tarif SG 2R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2021

Der Tarif SG 2R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BPfIV

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel aus Wahltarifen) oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

- 2.1** Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:

zu 100 %

für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnet werden.

Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.

- 2.2** Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall

- a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Voraussetzungen für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistungen gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR).

- b) Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Belegung eines gesondert berechenbaren Zimmers als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

- 3.1** Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BpflV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR) gezahlt.
- 3.2** Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Restkosten für Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.
- 3.3** Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 50 EUR von den im Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen (Selbstbehalt).

5. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

6. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 2 Teil I mit den tariflichen Sätzen erstattet.

Tarif EG 3R - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2013

Der Tarif EG 3R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif EG 3R endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Bei den Nrn. 2.1 und 2.3 sind Erstattungen auch ohne Vorleistung der GKV vorgesehen.

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 80 % des Rechnungsbetrages, maximal 160 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen. Dies gilt entsprechend für die Vorleistung eines etwaigen anderen Versicherungsträgers.

Entsprechend § 4 Absatz 3 c) Teil I wird die Leistung höchstens für eine Seehilfe im Kalenderjahr gewährt.

2.2 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur für den Zeitraum, für den die GKV leistet, ein Kurtagegeld von 13 EUR, längstens für 21 Tage.

2.3 Kurzfristige Auslandsreisen

- a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

- aa) Heilbehandlung im Ausland durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

ab) Arznei- und Heilmittel;

ac) zahnärztliche Leistungen

Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;

- ad) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;
- ae) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- af) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt gemäß aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an den ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gem. aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.

- ag) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- ah) Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines Business-Class-Fluges übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;

- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
 - Organisation des Rücktransportes gemäß af) bzw. der Bestattung/Überführung gemäß ag).
- b) Keine Leistungspflicht besteht
- ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;
 - bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.
- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn in den anderweitigen Versicherungsbestimmungen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.
- d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 Teil I gilt:
- Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 Teil I entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

Tarife ZE 30R, ZE 40R - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2013

Die Tarife ZE 30R, ZE 40R gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife ZE 30R, ZE 40R können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach diesen Tarifen endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

- a) Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes werden ersetzt im Tarif

ZE 30R	zu 30 %
ZE 40R	zu 40 %

für zahnärztliche persönliche Leistungen und für zahntechnische Laborleistungen, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

- b) Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).

Nicht versichert sind im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendig werdende vorbereitende, diagnostische und therapeutische Leistungen.

- c) Vor Beginn einer Zahnersatz-Maßnahme ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Maßnahme vorgelegt, oder hat der Versicherer vor Beginn der Maßnahme keine Zusage erteilt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in Höhe von 50 % der tariflichen Leistungen erstattet.

Tarif AGR - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2013

Der Tarif AGR gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AGR endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.2.

2.1 Nach Vorleistung durch die GKV

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung mit Ausnahme von Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung werden für:

- Heilbehandlung durch Ärzte sowie Vorsorgeuntersuchungen,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger,
- Arznei- und Heilmittel

zu 80 %

der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze; nicht erstattungsfähig sind allerdings Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (sog. "Praxisgebühr"),
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden; nicht erstattungsfähig sind jedoch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

2.2 Ohne Vorleistung der GKV

Sofern die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 keine Vorleistung erbringt, werden sie

zu 40 %

ersetzt.

Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

Zu 40 % wird auch eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) ersetzt.

Tarif AG 1R - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2013

Der Tarif AG 1R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AG 1R endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.1 b).

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

- a) Nach Vorleistung durch die GKV
Die erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2) einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden für
- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und verordneter Arznei- und Heilmittel,
 - Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger

zu 80 %

der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

- b) Ohne Vorleistung der GKV
Hat die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie

zu 40 %

ersetzt. Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 a) geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

Zu 40 % ersetzt werden auch die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 ausdrücklich genannt sind,
- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,

- Aufwendungen für Kieferorthopädie sowie Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),
- Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (sog. "Praxisgebühr"),
- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Tarif Z1R - Zahn premium R - Ergänzungstarif für Zahnersatz und Kieferorthopädie für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2018

Tarif Z1R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung. Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden gemäß Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden zu 90%, unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- | | |
|----------------------|------------|
| - im 1. Kalenderjahr | 1.000 EUR, |
| - im 2. Kalenderjahr | 2.000 EUR, |
| - im 3. Kalenderjahr | 3.000 EUR, |

- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR
zu 90 %;
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/R sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/R

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter (z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung) bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original. Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Z2R - Zahn comfort R - Ergänzungstarif für Zahnersatz und Kieferorthopädie für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2018

Tarif Z2R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden gemäß Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden zu 70 %, unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,

- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 70 %;
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR
zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/R:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif ZVR - ZahnVorsorge R - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für zahnärztliche Leistungen und Zahnvorsorge innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2015

Tarif ZVR gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Vorleistungen

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen bestehen, sind diese Leistungen vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

2.2 Umfang der Leistungspflicht

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR

zu 100 %

erstattet:

- a) Kunststoff-Füllungen;
- b) Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen, zu den erstattungsfähigen Maßnahmen zählen z. B.
 - Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
 - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
 - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
 - Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (Professionelle Zahnreinigung),
 - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
 - Fissurenversiegelung

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Tarif HR - Heilpraktiker R - Ergänzungstarif für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2015

HR gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Vorleistungen

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese Leistungen vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

2.2 Umfang der Leistungspflicht

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker auch mittels Naturheilverfahren sowie der von dem Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel bis zu einem Erstattungsbetrag von 800 EUR

zu 80 %

erstattet.

2.3 Naturheilverfahren

Als erstattungsfähige Naturheilverfahren im Sinne dieses Tarifs gelten in Erweiterung von § 4 Abs. 6 AVB/R alle im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Verfahren sowie die Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Rahmen einer solchen Behandlung von einem Heilpraktiker verordnet werden.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte
- Zuzahlungen nach §§ 31, 61 SGB V

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

R+V Versicherungsgruppe - Raiffeisenplatz 1 - 65189 Wiesbaden
Stand Januar 2022

1. Wozu dient dieses Merkblatt?

Mit diesem Merkblatt informieren wir Sie umfassend über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Diese verarbeiten wir nur, soweit wir dazu gesetzlich berechtigt oder verpflichtet sind.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrelevanten Gesetze streng einzuhalten, sondern auch durch weitere Maßnahmen den Datenschutz zu fördern. Erläuterungen dazu finden Sie in den Verhaltensregeln im Internet: www.code-of-conduct.ruv.de

Dort finden Sie auch die Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe, die diese Verhaltensregeln seit 01.01.2014 anwenden. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Verhaltensregeln gerne per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

2. Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten

Wenn Sie datenschutzrechtliche Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der R+V Versicherungsgruppe:

R+V Versicherung AG
Datenschutzbeauftragter
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden
Telefon: 0800 533-1112
Telefax: 0611 533-4500
E-Mail: datenschutz@ruv.de

Wenn Sie allgemeine Fragen zu Ihrem Vertrag haben, nutzen Sie bitte die **allgemeinen Kontaktmöglichkeiten**. Informationen darüber finden Sie im Internet: www.ruv.de

3. Wie und wann verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten?

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um das zu versichernde Risiko vor einem Vertragsabschluss einschätzen zu können und das Vertragsverhältnis durchzuführen, z. B. im Schadens- oder Leistungsfall.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten im rechtlich zulässigen Rahmen zum Zwecke der **Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung**. Dieser Nutzung können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. **Werbewidersprüche** können Sie z. B. per E-Mail an ruv@ruv.de schicken.

Ihre Daten verarbeiten wir im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben gegebenenfalls auch zu Zwecken, die nicht direkt mit Ihrem Vertrag zusammenhängen.

Beispielsweise kann dies der Fall sein, um

- zulässige regulatorische oder aufsichtsrechtliche Anforderungen zu erfüllen. So unterliegen wir mit unserer Haupttätigkeit einigen spezialgesetzlichen Vorschriften, in deren Rahmen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden: z. B. Bekämpfung der Geldwäsche, gesetzliche Meldepflichten an staatliche Stellen, Solvency II etc.
- Verfahren elektronischer Datenverarbeitung zu prüfen und zu optimieren
- die Bonität in einem angewendeten Scoring-Verfahren einzustufen, zu bewerten und zu speichern
- in rechtlich zulässiger Weise unternehmensübergreifend Daten zusammenzustellen und ggf. auszuwerten

- Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache zu prüfen und zu optimieren
- versicherungsrelevante Forschungszwecke zu betreiben, z. B. Unfallforschung
- die Nutzung des R+V-Vorteilsprogramms statistisch auszuwerten, damit das Programm weiterentwickelt und Vorteile kalkuliert werden können
- Tarifikalkulationen zu erstellen und internes Controlling durchzuführen
- rechtliche Ansprüche geltend zu machen und rechtliche Streitigkeiten zu klären.

Grundsätzlich bitten wir Sie, uns nur Daten mitzuteilen, die für den jeweiligen Zweck (z. B. Vertragsbegründung, Leistungs- oder Schadenbearbeitung) notwendig oder gesetzlich vorgeschrieben sind (z. B. wegen Vorgaben aus dem Geldwäschegesetz, Vorgaben aus dem Steuerrecht). Wenn wir Sie bitten, uns Daten freiwillig mitzuteilen, machen wir Sie darauf besonders aufmerksam. Falls es eine vertragliche oder gesetzliche Pflicht zur Mitteilung der Daten gibt und Sie dies verweigern, kann daraus folgen, dass wir den Vertrag nicht schließen können oder nicht zur Leistung verpflichtet sind.

4. Rechtsgrundlagen

Häufig ist die Datenverarbeitung gesetzlich zulässig, weil sie für das **Vertragsverhältnis** erforderlich ist. Das gilt vor allem für das Prüfen der Antragsunterlagen, das Abwickeln des Vertrags und um Schäden und Leistungen zu bearbeiten.

In bestimmten Fällen ist eine Datenverarbeitung nur zulässig, **wenn Sie dazu ausdrücklich einwilligen**.

Beispiele:

- Gesundheitsdaten, die wir in der Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung verarbeiten.
- In einigen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten zu Werbezwecken nur, wenn Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben.

Um diese Einwilligung bitten wir Sie gesondert.

In anderen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten auf Grund einer **allgemeinen Interessenabwägung**, d. h. wir wägen unsere mit den jeweiligen Interessen des Betroffenen ab. Ein Beispiel: Wenn wir wegen einer Prozessoptimierung Daten an spezialisierte Dienstleister übermitteln und diese eigenverantwortlich arbeiten, schließen wir mit diesen Dienstleistern Verträge. Diese stellen sicher, dass die Dienstleister ein angemessenes Datenschutzniveau einhalten.

5. Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogene Daten direkt beim Betroffenen, z. B. aus der mit Ihnen geführten Korrespondenz oder Kontaktformularen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei **Postrückläufern** führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Adressdaten zu ermitteln.
- Daten zu **Mitversicherten bzw. versicherten Personen** erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können.
- Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu **Bezugsberechtigten oder Begünstigten** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, damit wir den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren können.
- Bei der Kfz-Versicherung erhalten wir die Daten eines **abweichenden Halters** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Kontaktdaten, Daten zum Fahrzeug und das Geburtsdatum.
- Daten zu **Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern** erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von diesen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.

- Bei einer **Warenkreditversicherung** erhalten wir Daten zu **Risikokunden** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. Kontaktdaten und weitere Angaben des Risikokunden.
- Daten zu **Zeugen** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer oder beteiligten Dritten, z. B. Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden. So erhalten wir den Namen, die Kontaktdaten und die jeweiligen Informationen zum Sachverhalt.
- Bei **Bonitätsauskünften** erhalten wir Bonitätsinformationen von spezialisierten Auskunftsteilen. Nähere Informationen dazu finden Sie unter Punkt 11.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

6. An wen übermitteln wir Ihre Daten?

Im Rahmen des Vertrags kann es zu einer Datenübermittlung an Dritte kommen:

a) Rückversicherer

Wir geben in bestimmten Fällen, z. B. bei einem hohen finanziellen Ausfallrisiko, einen Teil der durch den Vertrag übernommenen Risiken an **Rückversicherer** weiter. Hier kann es notwendig sein, dem Rückversicherer entsprechende versicherungstechnische Angaben mitzuteilen.

Die Datenübermittlung an Rückversicherer erfolgt im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung. Wenn es erforderlich ist, gesundheitsbezogene Informationen an Rückversicherer zu übermitteln, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

Informationen zur Datenverarbeitung bei den in Frage kommenden Rückversicherern finden Sie auf unseren Internetseiten: www.rv-re.de

b) Versicherungsvermittler

Betreut Sie bei Ihren Versicherungsgeschäften ein Vermittler, teilen wir ihm allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, die er zum Beraten und Betreuen braucht. Wenn Sie nach Vertragsabschluss nicht mehr vom ursprünglichen Vermittler betreut werden wollen, können Sie Ihr **Widerrufsrecht** nutzen. Dieses besteht auch, wenn der Vermittler aus anderen Gründen wechselt, z. B. wenn er seine Tätigkeit einstellt. Wir können Ihnen dann einen neuen Vermittler anbieten, der Sie betreut.

Daten an den Versicherungsvermittler übermitteln wir grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung oder auf gesetzlicher Grundlage.

Wenn es erforderlich ist, dem Vermittler gesundheitsbezogene Informationen mitzuteilen, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

c) Datenübermittlung an andere Versicherer

Sie sind verpflichtet, Fragen im Versicherungsantrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In bestimmten Fällen prüfen wir Ihre Angaben bei Ihrem Vorversicherer. Bei der Risikoprüfung kann es beispielsweise zum Überprüfen von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem **Vorversicherer** auszutauschen. Gleiches gilt, wenn wir Ihre Daten an einen **Nachversicherer** weitergeben.

Auch beim Übertragen von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel oder von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer kann ein Datenaustausch zwischen Vorversicherer und nachfolgendem Versicherer notwendig sein.

Außerdem müssen in bestimmten Fällen, z. B. Mehrfachversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang und bei Teilungsabkommen, personenbezogene Daten unter den Versicherern ausgetauscht werden. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Adresse, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag. Den Datenaustausch dokumentieren wir.

Beim gemeinsamen Absichern von Risiken können bei der Risikoprüfung und Schadenbearbeitung Daten mit den beteiligten Versicherern ausgetauscht werden.

Auch dann erfolgt die Datenübermittlung an andere Versicherer grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung und in einigen Fällen auf Grundlage einer Einwilligung, die wir gesondert von Ihnen einholen.

d) Zentrales Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Während wir einen Antrag oder Schaden prüfen, kann es zur Risikobeurteilung, weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder Verhinderung von Versicherungsmissbrauch notwendig sein, Anfragen an andere Versicherer zu richten oder Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-his.de. Nicht alle Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe nehmen am HIS teil.

Ergänzende Informationen über die Anfrage beim HIS finden Sie in unserer Datenschutzerklärung: www.ruv.de/datenschutz

Eine Meldung in das HIS und seine Nutzung erfolgen nur zu Zwecken, die mit dem System verfolgt werden dürfen, also nur wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In diesen Fällen erfolgt die Datenübermittlung auf Grundlage einer allgemeinen Interessenabwägung. Falls wir Sie beim HIS melden, informieren wir Sie schriftlich darüber.

Schaden

An das HIS melden wir und andere Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken und Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher näher geprüft werden müssen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadensfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadensfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Deshalb melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden erlitten haben, gestohlen wurden oder wenn Schäden ohne Reparaturnachweis abgerechnet wurden.

Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, informieren wir Sie darüber.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags oder Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern zu erfragen, die Daten an das HIS gemeldet haben. Auch diese Ergebnisse speichern wir, wenn sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch sein, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadensfall geben müssen.

Rechtsschutz

An das HIS melden wir und Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken, z. B. Verträge mit ungewöhnlich häufig gemeldeten Rechtsschutzfällen. Sollten wir Sie an das HIS melden, benachrichtigen wir Sie darüber. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoe erhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zum konkreten Meldegrund benötigen.

Soweit es zur Sachverhaltsaufklärung erforderlich ist, können im Leistungsfall Daten zwischen dem in das HIS meldenden und dem abrufenden Versicherungsunternehmen ausgetauscht werden. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Die Betroffenen werden über den Austausch informiert, wenn er nicht zum Aufklären von Widersprüchlichkeiten erfolgt.

e) Kfz-Zulassungsstelle

Beim Abschluss einer Kfz-Versicherung sowie bei allen sonstigen versicherungsrelevanten Zulassungsvorgängen (z. B. Ab- oder Ummeldung, Wohnortwechsel, Versichererwechsel) ist es gesetzlich erforderlich, personenbezogene Daten mit der Kfz-Zulassungsstelle auszutauschen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Sie eine von uns erteilte elektronische Versicherungsbestätigung (eVB) bei der Kfz-Zulassungsstelle vorlegen, um ein Kfz zuzulassen.

f) Auftragnehmer und Dienstleister

Im Internet können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de Listen der Auftragnehmer und Dienstleister abrufen, zu denen dauerhafte Geschäftsbeziehungen bestehen.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

Wenn wir an Dienstleister nicht lediglich streng weisungsgebundene "Hilfsfunktionen" ausgelagern, sondern Dienstleister weitergehende Tätigkeiten eigenständig erbringen, liegt datenschutzrechtlich eine sogenannte Funktionsübertragung vor. Typische Beispiele hierfür sind Sachverständige, Wirtschaftsprüfer oder medizinische Dienstleister.

Wenn Sie geltend machen können, dass wegen Ihrer persönlichen Situation Ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt, haben Sie für die Datenübermittlung bei Funktionsübertragungen ein **Widerspruchsrecht**.

Ein Beispiel: Bei einem zurückliegenden Versicherungsfall hat ein Gericht rechtskräftig festgestellt, dass ein bestimmter Sachverständiger Ihren Sachverhalt falsch begutachtet hat. In einem erneuten Schadensfall können Sie der Beauftragung desselben Sachverständigen widersprechen, da begründete Einwände gegen diesen bestehen. Dagegen reicht es nicht aus, wenn Sie ohne Angabe besonderer Gründe keine Datenübermittlung an Dienstleister generell oder einen bestimmten Dienstleister wünschen. Funktionsübertragungen finden Sie in der oben genannten Dienstleisterliste.

g) Zentralisierte Datenverarbeitung innerhalb der R+V Versicherungsgruppe

Innerhalb der R+V Versicherungsgruppe sind einzelne Bereiche zentralisiert, z. B. der Beitragseinzug, die telefonische Kundenbetreuung oder die Datenverarbeitung. Daher werden Stammdaten wie Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge oder Ihr Geburtsdatum in einer zentralen Datensammlung geführt; d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten.

So wird z. B. Ihre Adresse gegebenenfalls nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. So kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen schnell der zuständige Ansprechpartner genannt werden.

Alle an die zentralisierte Datenverarbeitung angebotenen Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe können diese Stammdaten einsehen.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den vertragsführenden Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Folgende Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe sind an die zentralisierte Datenverarbeitung angebunden:

R+V Versicherung AG
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Gruppenpensionsfonds-Service GmbH*
R+V Krankenversicherung AG
R+V Lebensversicherung AG
R+V Lebensversicherung a.G.
R+V Pensionsfonds AG
R+V Pensionskasse AG
R+V Pensionsversicherung a.G.
R+V Rechtsschutz-Schadenregulierungs-GmbH*
R+V Service Center GmbH*
R+V Treuhand GmbH*
RUV Agenturberatungs GmbH*
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G.
KRAVAG-HOLDING Aktiengesellschaft
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-AG
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
KRAVAG-SACH Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG
KRAVAG und SVG Assekuranz Vertriebs- und Bearbeitungszentrum GmbH*
KRAVAG Umweltschutz und Sicherheitstechnik GmbH (KUSS)*
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Dienstleistungs-GmbH*
R+V Dienstleistungs-GmbH*

Pension Consult Beratungsgesellschaft für Altersvorsorge mbH*
carexpert Kfz-Sachverständigen GmbH*
CHEMIE Pensionsfonds AG
compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH*
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH*

* Dieses Unternehmen ist Dienstleister der Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe und kann daher auf personenbezogene Daten zugreifen.

Die jeweils aktuelle Liste der an der zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmenden Unternehmen können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de abrufen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck dieser Liste per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

h) Übergeordnete Finanzkonglomeratsunternehmen

Wir übermitteln personenbezogene Daten an die DZ BANK AG als übergeordnetes Finanzkonglomeratsunternehmen, wenn und soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Eine solche Verpflichtung kann sich aus den Regeln über eine ordnungsgemäße Geschäftsorganisation ergeben, zum Beispiel an ein angemessenes und wirksames Risikomanagement auf Konzernebene.

i) Leasing- und Kreditgeber

Wenn Sie im Rahmen von Leasing- oder Kreditverträgen Sachversicherungen mit der R+V abschließen, informieren wir den Leasing- bzw. Kreditgeber auf Anfrage darüber, dass ein entsprechender Versicherungsschutz besteht und er im Zusammenhang mit Kündigungen, Zahlungsverzug und Schadensfällen als Drittberechtigter erfasst ist.

Er erhält auch Informationen über Versicherungssummen und bestehende Selbstbeteiligungen, damit er sein finanzielles Ausfallrisiko beurteilen kann.

j) Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben

An Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, wenn wir gesetzlich oder vertraglich dazu berechtigt oder verpflichtet sind. Eine solche Datenübermittlung kann auf Anfrage einer Behörde erfolgen. Wir prüfen dann, ob die Behörde die Daten erhalten darf.

In einigen Fällen sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Daten an Behörden zu übermitteln, z. B.

- wegen steuerrechtlicher Vorschriften oder Verpflichtungen aus dem Kreditwesengesetz bei Meldungen an die Deutsche Bundesbank oder
- bei einer gesetzlich erforderlichen Berufshaftpflichtversicherung an die rechtlich festgeschriebenen Meldestellen.

In allen anderen Fällen holen wir von Ihnen eine Einwilligung ein.

k) Mitversicherte

In Verträgen, bei denen es neben dem Versicherungsnehmer noch andere mitversicherte Personen gibt, kann es zur Vertragsdurchführung erforderlich sein, dass Daten der jeweils anderen Person übermittelt werden. Sofern Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

7. Datenübermittlung in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR

Wenn wir personenbezogene Daten innerhalb der EU/EWR übermitteln, beachten wir die strengen rechtlichen Vorgaben.

Wenn es erforderlich ist, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR, z. B. im Rahmen von IT-Leistungen oder an Sachverständige. Auswahl und vertragliche Vereinbarungen richten sich selbstverständlich nach den gesetzlichen Regelungen.

Bei bestimmten Vertragstypen kann es vorkommen, dass wir Ihre Daten an Rückversicherer in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln.

Insbesondere in den Fällen, bei denen das versicherte Risiko oder der Versicherungsnehmer sich in einem Drittstaat befindet, kann es erforderlich sein, Daten in den Drittstaat zu übermitteln (z. B. Vermittler, andere Versicherer).

Darüber hinaus bestehen in bestimmten Fällen gesetzliche Meldeverpflichtungen, wegen deren wir Ihre Daten an Behörden und ähnliche Stellen in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln müssen.

Auch bei Rechtsstreitigkeiten mit Auslandsbezug kann eine solche Übermittlung notwendig sein, z. B. an Rechtsanwälte.

Wenn im Einzelfall Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

8. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wenn es erforderlich ist, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung. Das kann auch die Anbahnung oder die Abwicklung eines Vertrags sein.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO), dem Geldwäschegesetz (GWG) oder der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung (RechVersV). Dort vorgegebene Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis 30 Jahre.

Die Speicherdauer richtet sich nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) bis zu 30 Jahre betragen können; die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Weitere Informationen zu unseren Löschfristen finden Sie im Internet:

www.ruv.de/static-files/ruvde/downloads/datenschutz/loeschfristen.pdf

Die Liste schicken wir Ihnen gerne auch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

9. Welche Rechte haben Sie?

Ihre gesetzlichen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit können Sie bei unserem Datenschutzbeauftragten geltend machen.

Beruhet die Datenverarbeitung auf einer allgemeinen Interessenabwägung, steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gegen diese Datenverarbeitung zu, wenn aus Ihrer persönlichen Situation Gründe heraus gegen eine Datenverarbeitung sprechen.

10. Informationspflicht, wenn wir Daten Dritter von Ihnen erhalten

Erhalten wir von Ihnen als Versicherungsnehmer personenbezogene Daten von Dritten, müssen Sie das Merkblatt zur Datenverarbeitung an diese weitergeben. Das sind z. B. Mitversicherte, versicherte Personen, Bezugsberechtigte, Geschädigte, Zeugen, abweichende Beitragszahler, Kredit-, Leasinggeber etc.

11. Wann holen wir Informationen zu Ihrer Bonität ein?

Wenn Sie einen Antrag auf Abschluss einer **Kfz-Haftpflichtversicherung** stellen, übermitteln wir Ihre erforderlichen Daten wie Name, Vorname, Firmenbezeichnung, Adresse, Geburtsdatum an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Ihrer Bonität zu erhalten. Dies geschieht auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und von Adressdaten.

Aufgrund des berechtigten Interesses holen wir eine Bonitätsauskunft bei Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung im Hinblick auf das bei dieser Pflichtversicherung bestehende finanzielle Ausfallrisiko (Direktanspruch des Geschädigten). Die Pflichtversicherung sowie die Eintrittspflicht ergeben sich aus dem 1. Abschnitt Pflichtversicherungsgesetz für Kraftfahrzeughalter (PfIVG) und aus Teil 2, Kapitel 1, Abschnitt 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Im Falle einer Kfz-Haftpflichtversicherung bei der R+V Direktversicherung AG erfassen wir die von unserem Dienstleister infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelten Score-Werte. Diese speichern wir bei Abschluss eines Vertrags zur Versicherungsnummer des jeweiligen Versicherungsnehmers. Das dient der Qualitätssicherung des angewendeten Scoring-Verfahrens. Den Score-Wert gleichen wir über einen Zeitraum von sechs Jahren mit Schaden-, Storno- und Mahnquoten ab.

Die R+V übermittelt im Rahmen des Antrags auf Abschluss einer **Haftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude- und Rechtsschutzversicherung** Ihre dazu erforderlichen Daten wie Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum eventuell an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und zu Ihrer Bonität zu gewinnen. Das erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und von Adressdaten.

Bei Anträgen oder Angeboten zum Abschluss einer **Kautionsversicherung**, einer **Kreditversicherung** oder einer **Versicherung gegen finanzielle Verluste**, wie z. B. einer Vertrauensschadenversicherung, und während der Laufzeit eines dieser Verträge übermittelt die R+V Ihre personenbezogenen Daten (Firma, Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) an beauftragte Auskunftsteilnehmer. Dies geschieht, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und zu Ihrer Bonität zu gewinnen. Das erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Adressdaten zu erhalten. Das berechnete Interesse an einer Wirtschaftsauskunft besteht in diesen Fällen bei Abschluss und während der Durchführung dieser Verträge wegen des bestehenden finanziellen Ausfallrisikos der R+V Allgemeine Versicherung AG.

Unsere Partner sind:

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden
Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden
Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Gasstraße 18, 22761 Hamburg
Prof. Schumann Analyse GmbH, Weender Landstraße 23, 37073 Göttingen
Deutsche Bank AG, Zentrale Auskunft, 20079 Hamburg
Bisnode Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Straße 11, 64293 Darmstadt
KSV1870 Information GmbH, Wagenseilgasse 7, 1120 Wien, Österreich

Auch im Bereich der **Technischen Versicherungen** holen wir bei Großrisiken Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Adressdaten über die Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden ein.

Falls Sie Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten wünschen, die eine Auskunftsteilnehmer gespeichert hat, wenden Sie sich bitte direkt an die beauftragte Auskunftsteilnehmer.

12. Welche Rechte haben Sie bei einer automatisierten Einzelfallentscheidung?

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z. B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrags oder bei einer Entscheidung auf Grundlage verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen wie der GOÄ) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten "automatisierten Einzelfallentscheidung" zugrunde zu legen. Dies bedeutet, dass wir in bestimmten Fällen Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines Algorithmus berücksichtigen, der auf einem anerkannten mathematisch-statistischen Verfahren beruht.

Falls wir Ihrem Antrag auf Versicherungsleistung oder von **Schadenersatz** vollumfänglich oder teilweise nicht nachkommen sollten, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

Über diese Rechte informieren wir Sie ausdrücklich, wenn wir Ihren Antrag ganz oder teilweise ablehnen müssen und keine Versicherungsleistung oder Schadenersatz gewähren können.

In bestimmten Fällen berücksichtigen wir darüber hinaus Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines mathematisch-statistischen Verfahrens (Profiling).

13. Beschwerderecht

Sie haben ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, siehe Artikel 77 Datenschutzverordnung.