



Informationen zu Ihrer Pflege-Assistance-Versicherung

Kundeninformation

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflege-Assistance-Leistung

Glossar

Anhang

Stand: Januar 2022

Identität des Versicherers

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Sitz der AG: Coburg; eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 1537; St.-Nr. 9212/101/00021

Ladungsfähige Anschrift

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Ladungsfähige Vertreter sind die Vorstände Dr. Hans Olav Herøy und Stefan Gronbach.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung.

Garantiefonds, Entschädigungsregelung

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG ist Mitglied der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln.

Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrages werden der Antrag, der Versicherungsschein und etwaige Nachträge sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und jeweiligen Tarifbedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

Versicherungsschutz

Bei der Versicherungsart handelt es sich um eine Pflege-Assistance-Leistung. Informationen über den Umfang der Versicherungsleistungen finden Sie im dazugehörigen Tarifblatt.

Versicherungsbeitrag

Die Höhe des Beitrages finden Sie im Angebot bzw. Versicherungsschein.

Im Beitrag ist die Versicherungsteuer enthalten – in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe (derzeit 19%).

Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, richtet sich eine etwaige Steuerpflicht nach den dortigen Bestimmungen. Der Beitrag erhöht sich in diesem Fall um die ggf. dort anfallenden Steuern beziehungsweise vergleichbaren Abgaben.

Beitragszahlung

Der erste Beitrag ist zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines fällig. Er ist dann unverzüglich (d. h. innerhalb von zwei Wochen) zu zahlen. Ein Folgebeitrag ist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der vereinbarten Zahlungsweise zu zahlen.

Weitere Informationen zur Beitragszahlung können Sie B.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge und des genannten Versicherungsbeginns.

Wird ein anderer Versicherungsbeginn gewünscht oder erfolgt in der Zwischenzeit eine Anpassung unserer Beiträge, können sich bis zum Abschluss des Vertrags Abweichungen ergeben.

Beginn des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Annahme des Antrags durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung zustande. Dies geschieht in der Regel durch Zugang des Versicherungsscheins oder durch schriftliche Annahmestätigung des Antrags.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.

Nähere Informationen hierzu finden Sie in A.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 – Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Straße 2
96447 Coburg
Fax: 09561 96-6990
E-Mail: Info@HUK-COBURG.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 einen Betrag in Höhe von:

$\frac{1}{360}$ x vereinbarter zu zahlender Beitrag für das erste Versicherungsjahr

Der 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:

Unterabschnitt 1 – Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. 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 selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. 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;
11. 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;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. 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;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;

15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. 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;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2 – Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei der Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, handelt es sich um eine substitutive Krankenversicherung. Hier hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben schon genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen.

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

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

Weitere Informationen zur Vertragsbeendigung finden Sie in §§ 13, 14 und 15 der AVB.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Den jeweiligen Gerichtsstand im Falle einer Klage aus dem Versicherungsverhältnis können Sie § 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Aufsichtsbehörden, Fragen und Beschwerden:

Informationen zum außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde finden Sie in den AVB unter Hinweise.

A. Allgemeine Regelungen zur Versicherung und zum Versicherungsschutz

1. Um welche Versicherung handelt es sich?	5
2. Wer kann versichert werden?	5
3. Was gilt für den Versicherungsfall?	5
4. Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für den Vertrag?	5
5. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?	5
6. Wann beginnt der Versicherungsschutz?	5
7. Wo besteht Versicherungsschutz?	5
8. Wie ist die Wartezeit geregelt?	5
9. Was ist versichert?	5
10. In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?	5
11. Wann endet der Versicherungsschutz?	5
12. Wie zahlen wir unsere Leistungen aus?	6
13. Was gilt bei Entschädigungen aus anderen Versicherungsverträgen?	6

B. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Welche Regelungen gelten für Beitragszahlung?	6
2. Wie werden die Beiträge berechnet?	6
3. Welche Regelungen gelten für die Beitragsanpassung?	6

4. Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	6
5. Welche Folgen ergeben sich aus Obliegenheitsverletzungen?	6
6. Was gilt für die Aufrechnung?	6

C. Ende der Versicherung

1. Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?	6
2. Wann können wir den Versicherungsvertrag kündigen?	6

D. Sonstige Bestimmungen

1. Was passiert, wenn der Grundtarif beendet wird?	6
2. Was passiert, wenn der Grundtarif ruhend oder in Anwartschaft gestellt wird?	6
3. Was passiert bei Wegzug ins Ausland?	6
4. Was gilt für die Fortführung des Vertrages?	7
5. Welche Regelungen gibt es für Willenserklärungen und Anzeigen?	7
6. Welches Gericht ist zuständig?	7
7. Welche Regelungen gelten für die Änderungen der AVB	7
Hinweise	7
Glossar	8
Anhang	9

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflege-Assistance-Leistungen

A. Allgemeine Regelungen zur Versicherung und zum Versicherungsschutz

1. Um welche Versicherung handelt es sich?

Wir erbringen im Versicherungsfall die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen.

2. Wer kann versichert werden?

Diesen Tarif können Personen abschließen, die

- bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung ein Pfl egetagegeld oder eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung versichert haben (= Grundtarife).
- noch keinen Antrag auf Pflegeleistungen bei der sozialen oder der privaten Pflegepflichtversicherung gestellt haben und
- bei denen keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung bestand oder besteht.

3. Was gilt für den Versicherungsfall?

Als Versicherungsfall gilt, wenn eine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird oder eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI – siehe Anhang) besteht. Darüber können wir einen Nachweis von Ihnen anfordern.

Der Versicherungsfall beginnt, wenn eine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird oder eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht. Darüber können wir einen Nachweis von Ihnen anfordern.

Sofern es der Tarif vorsieht, können einzelne Leistungen auch vor Beginn des Versicherungsfalles in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus können auch die übrigen Versicherungsleistungen von den im Tarif benannten Personen in Anspruch genommen werden.

Der Versicherungsfall endet

- wenn die ärztliche Vermutung oder das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit nicht mehr gegeben ist.
- mit dem Tod.

Eine ärztlich vermutete Pflegebedürftigkeit endet

- wenn und sobald sich eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI nicht bestätigt.
- spätestens nach zwölf Monaten. Bei erneuter ärztlicher Vermutung beginnt die Frist neu.

4. Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für den Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht. Die Kommunikation zum Versicherungsvertrag erfolgt in deutscher Sprache.

5. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie
- den Tarifbedingungen und
- den gesetzlichen Vorschriften

6. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

6.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein genannt ist (Versicherungsbeginn). Ist der Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch nicht geschlossen, beginnt der Versicherungsschutz erst, wenn Sie einen Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten haben.

6.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab dem Tag der Geburt. Es werden keine Risikozuschläge erhoben und es fällt keine Wartezeit an. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens drei Monate bei uns versichert ist. Außerdem muss die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

6.3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitraum der Adoption noch minderjährig ist. An die Stelle der Geburt tritt in diesen Fällen der Tag der Adoption.

7. Wo besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

8. Wie ist die Wartezeit geregelt?

Es bestehen keine Wartezeiten.

9. Was ist versichert?

Die versicherten Leistungen ergeben sich aus dem Tarif mit den entsprechenden Tarifbedingungen.

10. In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Vor-Ort-Leistungen

- in einem Kriegsgebiet bzw.
- in einem Gebiet, für das das Auswärtige Amt zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

11. Wann endet der Versicherungsschutz?

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

12. Wie zahlen wir unsere Leistungen aus?

Sofern der Tarif nichts anderes regelt, erbringen wir ausschließlich Naturalleistungen. Die Kostenerstattung ist ausgeschlossen.

13. Was gilt bei Entschädigungen aus anderen Versicherungsverträgen?

Werden im Versicherungsfall Entschädigungen aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

B. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

1.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er wird am Ersten eines Monats fällig.

1.2 Die Zahlungsweise richtet sich nach der Vereinbarung in Ihrem Grundtarif.

1.3 Sofern nichts anderes vereinbart ist, müssen Sie den ersten Beitrag oder die erste Beitragsrate unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen zahlen, nachdem Ihnen der Versicherungsschein zugegangen ist.

1.4 Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, gelten die Voraussetzungen der §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VG – siehe Anhang). Dies kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, müssen Sie ebenfalls Mahnkosten begleichen. Voraussetzung dafür ist, dass wir Sie in Textform gemahnt haben. Es werden Mahnkosten erhoben, die uns im Rahmen der Beitreibung entstehen.

1.5 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns nur ein Teil des Beitrages zu. Dieser Anteil entspricht dem Zeitraum, in dem Versicherungsschutz bestand.

Treten wir aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zurück oder fechten den Vertrag wegen arglistiger Täuschung an, steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Wenn Sie den Erstbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

1.6 Die Beiträge sind an die Stelle zu bezahlen, die wir Ihnen nennen.

2. Wie werden die Beiträge berechnet?

Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Diese sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. In den Beiträgen werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

3. Welche Regelungen gelten für die Beitragsanpassung?

3.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern. Gründe hierfür sind z. B.

- Veränderungen der Dienstleisterkosten
- häufigere Inanspruchnahme der Leistungen.

Wir vergleichen 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 von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

3.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderungen der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen sind.

3.3 Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem Sie eine Benachrichtigung erhalten haben.

4. Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

4.1 Sie und die versicherte Person müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir benötigen um den Versicherungsfall oder den Umfang unserer Leistungspflicht festzustellen. Sie sind auch verpflichtet, die Auskünfte einem Beauftragten von uns geben.

4.2 Wenn für die Feststellung des Versicherungsfalles ein Nachweis erforderlich ist, sind Sie verpflichtet, uns diesen einzureichen.

4.3 Auch Ende und Wegfall des Versicherungsfalles sind uns anzuzeigen.

5. Welche Folgen ergeben sich aus Obliegenheitsverletzungen?

5.1 Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der

Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht. Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

5.2 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person werden Ihnen als Versicherungsnehmer zugerechnet.

6. Was gilt für die Aufrechnung?

Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

C. Ende der Versicherung

1. Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

1.1 Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

1.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

1.3 Wenn wir die Beiträge nach Punkt B.3 erhöhen oder die Leistungen nach Punkt D.7 reduzieren, können Sie das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Sie haben dafür zwei Monate Zeit, nachdem Sie die Mitteilung über die Änderung erhalten haben. Die Kündigung wird zum Änderstermin wirksam. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Erhöhungstermin kündigen.

1.4 Sollten wir für einzelne versicherte Personen oder Tarife eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung aussprechen, können Sie die Aufhebung des übrigen Vertragsteils verlangen. Darüber müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen, nachdem Ihnen die Erklärung zugegangen ist, informieren. Bei einer Kündigung haben Sie dafür so lange Zeit, bis die Änderung wirksam wird.

1.5 Wenn Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen, können die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis fortsetzen. Dafür müssen Sie angeben, wer der künftige Versicherungsnehmer sein soll. Diese Erklärung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung abgegeben werden. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung erfahren haben.

2. Wann können wir den Versicherungsvertrag kündigen?

2.1 Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.

2.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

2.3 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

2.4 Wenn wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen, gelten die ersten drei Sätze in Punkt C.1.5.

D. Sonstige Bestimmungen

1. Was passiert, wenn der Grundtarif beendet wird?

Das Versicherungsverhältnis endet zu dem Zeitpunkt, zu dem der Grundtarif endet.

2. Was passiert, wenn der Grundtarif ruhend oder in Anwartschaft gestellt wird?

Sofern und solange der Grundtarif ruht oder in Anwartschaft geführt wird, wird der Tarif als Anwartschaft weitergeführt. Auf Wunsch kann der Tarif auch zu diesem Zeitpunkt beendet werden.

3. Was passiert bei Wegzug ins Ausland?

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Voraussetzung hierfür ist, dass auch der Grundtarif weiterhin besteht.

Bitte beachten Sie auch die entsprechenden Regelungen in den AVB des jeweiligen Grundtarifs.

4. Was gilt für die Fortführung des Vertrages?

- 4.1 Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungen fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. Diese Regelungen gelten entsprechend für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).
- 4.2 Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet der Teil des Versicherungsverhältnisses.

5. Welche Regelungen gibt es für Willenserklärungen und Anzeigen?

Ihre Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

6. Welches Gericht ist zuständig?

- 6.1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- 6.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- 6.3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

7. Welche Regelungen gelten für die Änderungen der AVB?

- 7.1 Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen verändern, können wir die AVB und die Tarifbestimmungen an die Änderungen anpassen. Folgende Voraussetzungen müssen gegeben sein:
- die Veränderungen sind nicht nur vorübergehend und
 - sie sind zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich und
 - ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen überprüft haben sowie ihre Angemessenheit bestätigt haben.

In der Änderungsmitteilung informieren wir Sie auch über die maßgeblichen Gründe. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Mitteilung folgt.

- 7.2 Ist eine Bestimmung in den AVB durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen. Das ist möglich, wenn
- dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder
 - wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Gleichzeitig muss auch das Vertragsziel gewahrt werden. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweise

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene, in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen und erhebt nicht den Anspruch, die Begriffe rechtlich abschließend zu beschreiben.

Anwartschaft

Wenn Sie Tarife als Anwartschaft führen, erhalten Sie in dieser Zeit keine Leistungen aus den Tarifen und Sie müssen einen gewissen Beitragsanteil bezahlen. Dafür haben Sie die Sicherheit, dass der Tarif später wieder zu den ursprünglichen Rechten und Pflichten auflebt. Mit einer kleinen Anwartschaft sichern Sie sich den ursprünglichen Gesundheitszustand. Bei einer großen Anwartschaft werden zusätzlich noch Sparanteile für später angesammelt (Alterungsrückstellungen).

Anzeigepflichtverletzung

Sie sind verpflichtet, dem Versicherer vor Abschluss des Vertrages alle relevanten Informationen für die Risikobeurteilung mitzuteilen. Dazu zählen prinzipiell alle Daten, nach denen im Versicherungsantrag gefragt wird. Kommen Sie dieser Pflicht nicht nach, liegt eine Anzeigepflichtverletzung vor.

Grob fahrlässig

Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße nicht beachten. Das heißt, Sie haben nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

Grundtarif

Sie können den Pflege-Assistance-Tarif nur abschließen, wenn Sie bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung ein Pflegegeld oder einen geförderten ergänzenden Pflegezusatztarif abschließen oder versichert haben. Für den Pflege-Assistance-Tarif sind das die Grundtarife.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit eingehen wollen. Dies müssen sie gegenüber einem Standesbeamten erklären. Rechtliche Grundlage dabei ist das Lebenspartnerschaftsgesetz

Naturalleistungen

Man erbringt die versprochene Leistung nicht als Geldleistung. Die versicherten Leistungen dieses Tarifes sind Beratungs- und Vermittlungsleistungen. Die Kostenersatzung ist ausgeschlossen.

Obliegenheiten

Obliegenheiten sind vertragliche Verpflichtungen.

Pflegebedürftig

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Ruhend

Wenn ein Tarif ruhend gestellt wird, erhalten Sie aus diesem Tarif keine Leistungen und Sie müssen keinen Beitrag zahlen. Sie sichern sich damit den ursprünglichen Gesundheitszustand und der Tarif kann später ohne Risikoprüfung wieder aktiviert werden.

Schriftform

Schriftform bedeutet: Schriftlich und mit eigenhändiger Unterschrift unterzeichnet.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, aber hier ist im Gegensatz zur Schriftform keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein vereinbarten Datum (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer beantragt den Versicherungsschutz und ist unser Vertragspartner. Er ist u. a. für die Beitragszahlung verantwortlich.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

SOZIALGESETZBUCH XI (SGB XI)**§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit**

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:
 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandwechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)**§ 19 Anzeigepflicht**

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 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.

**LEBENSPARTNERSCHAFTSGESETZ (LPartG)
[in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]****§ 1 Form und Voraussetzungen**

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