

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil I

Rahmenbedingungen 2012 für die Krankheitskostenzusatzversicherung

Stand: 01.09.2016

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie erbringt im Versicherungsfall die tarifliche Leistung.
- (2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Er beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfälle gelten auch
 - a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 - b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den gesetzlichen Vorschriften, dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie sonstigen Vereinbarungen.
Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Zieltarif erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die INTER bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8 Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 5 und 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die höheren oder umfassenderen Leistungen einen Leistungsausschluss wählt.
- (5) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.
Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen um Rettung von Menschen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten.
Als Unfall gelten auch
 - tauchertypische Erkrankungen,
 - durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
 - durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.Infektionen gelten nur dann als Unfallfolgen, wenn die Krankheitserreger
 - durch eine nicht nur geringfügige Unfallverletzung oder
 - aufgrund einer unfallbedingten Heilmaßnahme oder eines unfallbedingten Eingriffsin den Körper gelangten.

Nicht als Unfallfolge gelten

- Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, dass diese durch eine unfallbedingte strahlendiagnostische oder -therapeutische Maßnahme verursacht wurden,

- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, dass diese durch einen Unfall veranlasst waren sowie
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

§ 2

Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

- (2) Ausland sind alle Gebiete außerhalb Deutschlands.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen EWR-Vertragsstaat, ist die INTER höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten, erlischt deren Versicherungsschutz, sofern nicht eine anderweitige Vereinbarung

getroffen wird.

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

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

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

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

§ 3

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Wartezeiten

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

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

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

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

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

- (2) Besteht bei der INTER am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist die INTER verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur

Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

- (3) Bei Adoption eines minderjährigen Kindes ist mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Ansonsten gilt für eine solche Adoption Absatz 2 entsprechend.
- (4) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwere Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wartezeiten

- (5) Bei Abschluss einer Krankheitskostenversicherung wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einer versicherten Person folgende Wartezeitregelungen:
 - a) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
 - b) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
 - c) Die Wartezeiten rechnen von dem Zeitpunkt an, zu dem die Vertragsänderung wirksam wird.
 - d) Die Wartezeiten entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

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

- (2) Leistungsjahr

Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr.

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

- (3) Leistungserbringer

Folgende Leistungserbringer können in Anspruch genommen werden:

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

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

- (4) Abrechnungsgrundlagen für Gebühren und Entgelte

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

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

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

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

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

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

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

- (6) Freie Krankenhauswahl

Die versicherte Person hat bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung freie Wahl unter den

öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sowie Bundeswehrkrankenhäusern.

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

(7) Anschlussrehabilitation

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

(8) Gemischte Anstalten

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

Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn

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

(9) Alternativmedizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

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

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

Diese Leistungseinschränkung entfällt, wenn

- bei der Einreise noch keine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet bestand und
 - die versicherte Person sich an dem Tag, an welchem eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, in dem betroffenen Gebiet befand und bis zum Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen dieses Gebiets gehindert war.
- b) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.
- c) für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeigeführt hat.
- d) für Entziehungsmaßnahmen,
- e) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heil-

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

- f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen mit Ausnahme einer Anschlussrehabilitation nach § 4 Abs. 7, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.
- g) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- i) für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die INTER ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Entgelte für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die INTER berechtigt, die Leistung auf den angemessenen Betrag zu reduzieren.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Kostenträgers (z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung), ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, für welche über die gesetzlichen Leistungen hinaus ein Tarifanspruch besteht.
- (4) Selbstbehalte in Wahlтарifen der GKV nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden nicht ersetzt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der INTER.
- Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:
- Name der behandelten Person,
 - Krankheitsbezeichnung und
 - Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung.
- Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit dem Ausstellungsdatum, dem Namen der behandelten Person und dem Bezugsdatum versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.
- (2) Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
- Erbringt die GKV nur deswegen Leistungen nicht, weil ein Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart wurde, muss dies auf den jeweiligen Kostenbelegen angegeben sein.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (4) Die Versicherungsleistung kann nur der Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, er hat die versicherte Person gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Leistung benannt. In diesen Fällen ist die INTER verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs laut "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb Deutschlands und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform von der INTER Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat die INTER eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.
- Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei der INTER.
- Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch die INTER vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7

Beitragszahlung

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

Die Beiträge sind an die von der INTER zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (2) Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- (4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8

Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

Beitragsberechnung

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

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

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

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

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

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

Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung des Beitrags (z.B. wegen Änderung des Versicherungsschutzes oder einer Beitragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 7) hängt

der neue Beitrag von dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Alter der versicherten Person ab.

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

- (3) Bei Beitragsänderungen werden bestehende Risikozuschläge entsprechend angepasst, soweit keine hiervon abweichende Regelung vereinbart wurde.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, soweit die Leistungen höher oder umfassender sind, ein erhöhtes Risiko vor, kann die INTER dafür einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken. Anstelle des Risikozuschlags kann der Versicherungsnehmer den Ausschluss der höheren oder umfassenderen Leistungen verlangen.

Beitragsanpassung

- (5) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der INTER z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die INTER jährlich für jeden Tarif
 - a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und,

- soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (6) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die INTER und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.
- (7) Anpassungen nach Absatz 5 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9

Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 4) haben auf Verlangen der INTER jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen der INTER ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die INTER von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die INTER kann ein Versicherungsverhältnis nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (3) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Aufrechnung

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen, gegen andere

Forderungen der INTER nur insoweit, als die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12

Versicherungsjahr / Vertragsdauer

- (1) Das Versicherungsjahr umfasst zwölf Monate. Es ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Vertragsbeginn).
Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (2) Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre, sofern der Tarif (Teil II AVB) nichts anderes vorsieht. Danach verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe §§ 13 und 14).

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer nach § 12 Abs. 2.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Vereinbarung im Versicherungsvertrag, nach der bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Alter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen.
- (4) Erhöht die INTER die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Erklärt die INTER die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung wird bei Anfechtung oder Rücktritt zum Ende des Monats wirksam, in dem ihm die Erklärung der INTER zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Ein Kündigungsrecht besteht auch, wenn die INTER aufgrund einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht rückwirkend einen Leistungsausschluss verlangt oder einen Risikozuschlag erhebt, durch den der Beitrag um mehr als 10 % steigt. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung der INTER ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, können die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Wirksamwerden der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zurück. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen der INTER nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.
- (8) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Der Antrag auf diese Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung gestellt werden.

§ 14**Kündigung durch die INTER**

- | | |
|--|--|
| <p>(1) Das ordentliche Kündigungsrecht der INTER ist ausgeschlossen.</p> <p>(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist die INTER zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des</p> | <p>gewöhnlichen Aufenthalts zurück.</p> <p>Solange eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht, ist eine Kündigung durch die INTER ausgeschlossen.</p> <p>(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.</p> <p>(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p> |
|--|--|

§ 15**Sonstige Beendigungsgründe**

- | | |
|---|---|
| <p>(1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.</p> | <p>(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> <p>(3) Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.</p> |
|---|---|

Sonstige Bestimmungen**§ 16****Ansprüche gegen Dritte**

- | | |
|--|--|
| <p>(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit die INTER den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.</p> <p>(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der</p> | <p>Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.</p> <p>(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, der INTER ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 schriftlich abzutreten.</p> |
|--|--|

§ 17**Willenserklärungen und Anzeigen**

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

§ 18**Gerichtsstand**

- | | |
|---|---|
| <p>(1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> | <p>(2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> |
|---|---|

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

§ 19

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie die INTER durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- (3) Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können bei einer Beitragsanpassung nach § 8 Abs. 5 bis 7 und unter den Voraussetzungen von Absatz 1 die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge, Ersatz-Krankenhaustagegelder sowie sonstigen betragsmäßig festgelegten Leistungen der INTER mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- **INTER Krankenversicherung aG**
- **INTER Lebensversicherung AG**
- **INTER Allgemeine Versicherung AG**
Anschrift: Erzbergerstraße 9 – 15, 68165 Mannheim

sowie

- die **Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG**
Anschrift: Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

<u>Stelle:</u>	<u>übertragene Aufgabe:</u>
1. Brinkmann Rechtsanwälte, Hülchrather Straße 35, 50670 Köln	außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
2. IMB Consult GmbH, Amtsmann-Ibing-Straße 10, 44805 Bochum	Durchführung von medizinischen Begutachtungen
3. MD Medicus Holding GmbH, Industriestraße 2a 67063 Ludwigshafen	Assistance-Leistungen
4. MEDICPROOF GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74a, 50968 Köln	Durchführung von medizinischen Begutachtungen
5. Rhenus Data Office GmbH, Industriestraße 5 48301 Nottuln	Aktenvernichtung
6. ViaMED GmbH, Motorstraße 52, 70499 Stuttgart	medizinische Dienstleistungen

III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

<u>Kategorien:</u>	<u>übertragene Aufgabe:</u>
1. Assistance-Dienstleister	Erbringung von Assistance-Leistungen
2. Hilfsmittelanbieter	Versorgung mit Hilfsmitteln
3. Inkasso-Unternehmen	Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
4. IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen
5. Medizinische Gutachter	Erstellung von Gutachten
6. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleistungsliste ist im Internet unter www.inter.de einsehbar.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand 25.5.2018

- Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe -

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

Verantwortliche für die Datenverarbeitung

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

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

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

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

<https://www.inter.de/Datenschutz>

abrufen.

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem der oben genannten Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

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

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

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

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

Versicherungsvermittler:

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

Datenverarbeitung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe:

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

Externe Dienstleister:

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter

<https://www.inter.de/Datenschutz>

entnehmen.

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

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

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

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

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

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung, dem Bezug von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten an die infoscore Consumer Data (ICD) GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b) und Art. 6 Abs. 1 f) der EU-DSGVO. Übermittlungen auf Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe oder Dritter erforderlich ist und nicht Ihre Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

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

<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:

- Versicherungsantrag,
- Versicherungsschein und
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I und II (bzw. Teil I, II und III) der beantragten Tarife.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung in Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlung
- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz
- ✓ Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung
- ✓ Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung und Prophylaxe
- ✓ Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle
- ✗ Aufwendungen, für die ein Leistungsausschluss vereinbart ist
- ✗ Aufwendungen, die nicht medizinisch notwendig sind, es sei denn, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist etwas anderes bestimmt
- ✗ Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gibt eine Summenbegrenzung innerhalb der ersten Jahre



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland und bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt bis zu 1 Monat im außereuropäischen Ausland besteht ebenfalls Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle Fragen des Versicherers zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen sowie zu geplanten Behandlungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht erforderlich ist.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- Die Beiträge sind an die von dem Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt.
- Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Mindestvertragslaufzeit kündigen. Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Zahn

Tarif Z90Plus

Stand: 01.01.2019

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

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

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

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen

öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

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

B. Leistungen der INTER

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

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

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

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

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

1. Zahnersatz

a) Regelversorgung

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

b) Gleichartige oder andersartige Versorgung

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

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn), Aufbaufüllungen und Provisorien. Hierzu gehören auch die in Verbindung mit vorgenannten Leis-

tungen stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

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

2. Implantate

Zu 90% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen.

Diese umfassen

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

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

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

3. Inlays

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

4. Kieferorthopädie

a) Kieferorthopädie bei Minderjährigen

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

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

b) Kieferorthopädie bei Erwachsenen

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

5. Professionelle Zahnreinigung

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

6. Prophylaxe

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

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

7. Zahnbehandlung

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

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

a) Mit Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

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

b) Ohne Vorleistung der GKV bzw. des Heilfürsorgeträgers:

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

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

8. Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

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

Hierzu zählen Aufwendungen für

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

9. Summenbegrenzungen

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

- 1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,
- 2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,
- 3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate,
- 4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate,
- 5.000 EUR innerhalb der ersten 60 Monate.

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

10. Gebührenordnungen

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

- Nr. 1 bis 5 über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, so-

weit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt

- Nr. 6 bis 8 bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

11. Heil- und Kostenpläne

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

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

12. Serviceleistungen

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

Medizinische Informationen zu

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

Unterstützung und Betreuung durch

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

C. Beitrag

Im Tarif Z90Plus wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Bei-

tragstabelle ist als Anlage 1 beigelegt. Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.