

Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

- Stand: 1. Oktober 2022 -

§ 1 Allgemeines

Krankenversicherungen, die nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, können auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt werden, sofern einer der in § 2 genannten Sachverhalte vorliegt.

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des ruhenden Tarifs, soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert sind.

§ 2 Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Umstellung auf eine Anwartschaftsversicherung sind:

- a) gesetzliche Krankenversicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung,
- b) Anspruch auf Familienversicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung,
- c) Anspruch auf freie Heilfürsorge,
- d) Bezug von Übergangsgebühren,
- e) Beurlaubung durch den Dienstherrn/Arbeitgeber,
- f) Versicherungsschutz durch den Dienstherrn/Arbeitgeber oder einen internationalen Schüler-/Studentenaustauschdienst,
- g) vorübergehende Berufsunfähigkeit bzw. Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente mit Unterbrechung einer Erwerbstätigkeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
- h) gesetzliche Krankenversicherungspflicht in einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung,
- i) Versicherung in einem ausländischen staatlichen Gesundheitssystem,
- j) bedingungsgemäße Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Verlegung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthaltes in Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, die Bedingungen sehen die Weiterführung der Versicherung vor,
- k) voraussichtlich zeitlich befristete Anhebung des Beihilfebemessungssatzes auf über 70 Prozent.

§ 3 Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

Durch die Vereinbarung der Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, bei Wegfall einer der in § 2 geregelten Voraussetzungen die Leistungspflicht des Tarifs, für den die Anwartschaft vereinbart wurde, ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen. Alle während der Anwartschaftsversicherung eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sind nach den Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Im Falle von § 2 Buchstabe h, i und j ist eine Wiederinkraftsetzung nur möglich, wenn der Versicherte wieder der Versicherungspflicht in der Bundesrepublik Deutschland nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) oder nach § 5 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (siehe Anhang) unterliegt.

§ 4 Sonstige Bestimmungen

1. Die Anwartschaftsversicherung kann zum 1. des Monats vereinbart werden, in dem der schriftliche Antrag des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer eingegangen ist, frühestens jedoch zu dem Tage, an dem die jeweilige Voraussetzung nach § 2 eingetreten ist.

2. Die Anwartschaftsversicherung endet mit Ablauf des Tages, an dem die jeweilige Voraussetzung nach § 2 wegfällt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der jeweiligen Voraussetzung innerhalb zweier Monate – bei § 2 Buchstabe k innerhalb von sechs Monaten – nach Wegfall der jeweiligen Voraussetzung anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

3. Kommt der Versicherungsnehmer den Verpflichtungen nach Nummer 2 Satz 2 nicht nach, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem der Versicherer vom Wegfall der Voraussetzung Kenntnis erlangt. Die Ansprüche nach § 3 entfallen. Eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Wird die Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht erst nach Ablauf der zweimonatigen – bei § 2 Buchstabe k der sechsmonatigen – Frist beantragt, entscheidet der Versicherer über die Annahme des Antrages nach Prüfung des Gesundheitszustandes. Er ist dann berechtigt, die Annahme des Antrages von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen) abhängig zu machen.

4. Ab Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht ist der vor Beginn der Anwartschaftsversicherung geltende Beitrag unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsanpassungen zu entrichten.

5. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Versicherungsschutz. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, wird im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen nur für den Teil geleistet, der in die Zeit vor Beginn der Anwartschaftsversicherung fällt.

6. Für bei Inkraftsetzung der Leistungspflicht noch laufende Versicherungsfälle besteht Leistungsanspruch im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen für die Aufwendungen, die ab diesem Zeitpunkt entstehen.

7. In der substitutiven Krankenversicherung nach § 195 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) wird die Zeit der Anwartschaftsversicherung auf die Wartezeiten des ruhenden Tarifs angerechnet.

§ 5 Beiträge

1. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird ein Beitrag erhoben, der nach dem Prozentsatz für die Anwartschaftsversicherung (siehe Beitragstabelle) vom jeweiligen Tarifbeitrag – unter Berücksichtigung von zwischenzeitlichen Beitragsanpassungen nach § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) – berechnet wird. Bei einer Beitragsanpassung kann sich der Prozentsatz für die Berechnung des Beitrags ändern – auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse.

Fallen der Beginn oder das Ende der Anwartschaftsversicherung nicht auf den 1. des Monats, wird der Beitrag nach Tagen berechnet.

2. Für jedes Kind oder jeden Jugendlichen beträgt der monatliche Beitrag für alle Tarife, für die die Anwartschaftsversicherung vereinbart wurde, insgesamt 1 Euro. Dies gilt bis zum Ende des Monats, in dem nach den Tarifen, für die die Anwartschaftsversicherung vereinbart wurde, Kinder- oder Jugendlichenbeiträge zu entrichten wären. Entfallen die Voraussetzungen für die Kinder- oder Jugendlichenbeiträge,

wird vom folgenden Monatsersten an der Beitrag nach Absatz 1 berechnet.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

...

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. 2Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

...

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

...

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

...

(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung

§ 6 Beitragsrückerstattung

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nicht.

und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

...

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,

4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitsprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten,

längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder
b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen

Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war, erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder §17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben,

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

...