

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

## Tarif NC mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. März 2020 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

### I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

### II. Versicherungsleistungen

#### A. Einbettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Entbindung beziehungsweise ersatzweise Krankenhaustagegeld

Aufwendungen werden mit 100 % unter Anrechnung von Leistungen des Versicherers erstattet.

Der Versicherer erstattet die Differenz zwischen der Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer zur Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung. Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung keine gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer in Anspruch nimmt, erhält der Versicherungsnehmer ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro. Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

#### B. Gesondert berechenbare ärztliche und sonstige therapeutische stationäre Behandlung im Krankenhaus

Für Versicherte nach den Tarifen N und N-SB werden Leistungen für gesondert berechenbare ärztliche und sonstige therapeutische stationäre Behandlung im Krankenhaus erstattet, die über den Umfang der vorgenannten Tarife hinausgehen.

#### C. Auslandsreise

Aufwendungen für die Nummern 1 bis 4 werden mit 100 % erstattet.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

1. Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland
2. Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu einem diesem Wohnsitz nächstgelegenen Krankenhaus, das grundsätzlich zur Behandlung geeignet ist, wenn
  - der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
  - die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
  - nach ärztlicher Prognose eine stationäre Behandlung länger als 14 Tage dauern würde.

Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung der versicherten Person zu befürchten ist.

3. Überführung bei Tod einer versicherten Person

4. Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.

Als Ausland gelten alle Länder außer denjenigen, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

#### D. Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise

Aufwendungen werden mit 100 % unter Anrechnung von Leistungen des Versicherers erstattet.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes, sofern sie nicht bereits nach den Tarifen N, NW, N-SB und NW-SB erstattet werden.

#### E. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

**Aufwendungen für die Nummern 1 bis 8 werden mit 30 %, Aufwendungen für die Nummer 9 mit 20 % erstattet.**

1. Heil- und Kostenplan
2. Konservierende Zahnbehandlung (zum Beispiel Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen
3. Leistungen bei Zahnersatz: prothetische und implantologische Leistungen (Implantate einschließlich Implantatteile, knochen-aufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial), Kronen und Brücken einschließlich deren Verblendungen sowie Venneers, Prothesen
4. Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
5. Zahnärztliche Strahlendiagnostik
6. Kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen)
7. Zahnärztliche prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), professionelle Zahnreinigung bis zu zweimal im Kalenderjahr
8. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
9. Nach der GOZ besonders berechenbare Material- und Laborkosten und besonders berechenbare Praxiskosten bei Leistungen nach den Nummern 2 bis 8

In dem Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und in dem darauf folgenden Kalenderjahr erstattet der Versicherer je

versicherte Person jeweils bis zu insgesamt 250 Euro; nach Ablauf des 2. Kalenderjahres entfällt diese Begrenzung. Die Aufwendungen gelten im Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Die Begrenzung gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Bei unmittelbarem Übertritt aus einem Tarif des Versicherers mit Zahnleistungen wird die Versicherungszeit angerechnet.

## F. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Für jeden Tag, für den nach Abschnitt II Buchstabe F des Tarifs N, NW, N-SB oder NW-SB Aufwendungen erstattet werden, erhält der Versicherungsnehmer zusätzlich ein Tagegeld von 50 Euro.

### Anmerkung zu B, D und E

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der GOZ in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

## III. Tarifbedingungen

### 1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Voraussetzung für die Versicherung nach Tarif NC ist das Bestehen oder der gleichzeitige Abschluss einer Versicherung nach dem Tarif N, NW, N-SB oder NW-SB (Hauptversicherung).

Wenn der Leistungsanspruch der dazugehörigen Hauptversicherung wegen Nichtzahlung des Beitrags nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht, endet die Versicherungsfähigkeit nach Tarif NC.

Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

### 2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Versicherungsbeginn oder Änderung der Versicherung – auch bei einer Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 Für Kinder und Jugendliche gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Beitrag für Vollbeitragspflichtige zu zahlen. Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens-, Anwartschaftsbeiträge oder Beiträge nach den Besonderen Bedingungen H für Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung sind keine Vollbeiträge.

### 3 Leistungsanpassung

Dieser Versicherungsschutz sichert durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten zu zahlen sind.

### 4 Beitragsrückerstattung

4.1 Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig\* versicherte Person berücksichtigt, die die Voraussetzungen nach den Nummern 4.1.1 bis 4.1.3 erfüllt.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht. Bei gesondert berechenbarer ärztlicher und therapeutischer Behandlung bei stationärem Krankenhausaufenthalt erstattet der Versicherer angemessene Mehraufwendungen von Vergütungsvereinbarungen, sofern diese medizinisch begründet sind.

2. Für Leistungen, die nicht der GOÄ oder der GOZ entsprechen, kann der Versicherer freiwillige Leistungen erbringen.

3. Sofern ein Beitragszuschlag aufgrund Verlegung des Wohnsitzes nach Abschnitt III Nr. 6.2 oder 6.21 in ein Land mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten vereinbart wurde, leistet der Versicherer unabhängig vom Leistungsrahmen der GOÄ und der GOZ.

4.1.1 **Leistungsfreiheit:** Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen des Versicherers erbracht.

4.1.2 **Beitragszahlung:** Die für das abgelaufene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

4.1.3 **Weiterbestehen der Versicherung:** Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig\* bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Jahres wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder Tod geändert oder beendet.

4.2 Unter den Voraussetzungen der Nummer 4.1 werden auch versicherte Personen berücksichtigt, die im abgelaufenen Kalenderjahr nicht ganzjährig versichert waren, sofern erstmalige Vollbeitragspflicht\* nach diesem Tarif bestand.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

\* Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens-, Anwartschaftsbeiträge oder Beiträge nach den Besonderen Bedingungen H für Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung sind keine Vollbeiträge.

### 5 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vorgenommen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

### 6 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

6.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes  
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

6.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland  
Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrah-

men deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu B, D und E).

6.3 Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2009: Wechsel in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung  
Wird das Versicherungsverhältnis aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 gekündigt, kann der Versicherungsnehmer die Umstellung in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

6.4 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen  
Bei einem Übertritt aus einem Krankheitskostenvolltarif des Versicherers wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

6.5 Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009: Kindernachversicherung  
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist. Die dreimonatige Mindestversicherungsdauer für ein Elternteil muss dann nicht erfüllt sein. Dies gilt nicht, wenn für das Neugeborene ein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) besteht.

6.6 Zu § 2 Abs. 3 MB/KK 2009: Adoption von Kindern  
Abweichend von § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Vereinbarung eines Risikozuschlages.

6.7 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten  
Bei einem unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall verzichtet der Versicherer auf Wartezeiten für Leistungen nach Abschnitt II Buchstabe C.

Bei Versicherungsleistungen für Schwangerschaft und Entbindung gelten die allgemeinen Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009.

Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (Abschnitt II Buchstabe E) entfallen auch die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009.

Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird und der Versicherungsschutz nach Tarif N, NW, N-SB oder NW-SB (Hauptversicherung) gleichzeitig mit diesem Tarif vereinbart wurde.

6.8 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern  
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) oder Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

6.9 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel  
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs-

und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

6.10 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser  
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.

6.11 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten  
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nach Abschnitt II Buchstabe F.

6.12 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse  
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

6.13 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Entgiftungsbehandlungen  
Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen erstattet der Versicherer nach Abschnitt II Buchstaben A, B und C.

6.14 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht  
§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

6.15 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort  
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nach Abschnitt II Buchstabe F.

6.16 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen  
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem Inland – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels sowie das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer) angegeben sein. Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen sowie die besonders berechneten Praxiskosten müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

Bei Geltendmachung von Überführungs- beziehungsweise Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

- 6.17 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres  
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.
- 6.18 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung  
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.
- Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.
- 6.19 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen  
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.
- 6.20 Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009: Mitgabe des Übertragungswertes  
Für Versicherte, die aus einem Tarif ohne kalkulierten Über-

tragungswert in diesen Tarif gewechselt sind, gilt bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 entsprechend.

- 6.21 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes  
Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland kann der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen fortgeführt werden:

1. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland den Versicherer hierüber zu unterrichten.
2. Das Konto und die Korrespondenzadresse müssen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz liegen.
3. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu B, D und E).

## 7 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif NC mit Beendigung der Hauptversicherung, oder wenn der Versicherer nach § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG wegen Nichtzahlung des Beitrags das Ruhen des Vertrages der bestehenden Hauptversicherung festgestellt hat.