Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Teil I
AVB/VV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG (Unisex)

Stand: 01.04.2023, SAP-Nr.: 339066, 04.2023

Einleitung

Gemeinsam verwendete AVB, Verbundtarife
Die AVB/VV und die Tarife, denen die AVB/VV zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG gemeinsam verwendet und angeboten. Auch die Kalkulation der Tarife erfolgt gemeinsam (zu den Besonderheiten bei Beitragsanpassungen: siehe § 8 Absatz 5). Vertragspartner und alleiniger Versicherer ist jedoch nur das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Übersicht

Versicherungsschutz
§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich
§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, keine Wartezeiten
§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht
§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer
§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
Beitrag
§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug
Weitere vertragliche Pflichten
§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
§ 11 Besondere Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) bei Ersatzansprüchen gegen Dritte
Ende der Versicherung
§ 12 Ende des Versicherungsschutzes
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
Sonstige Bestimmungen
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Aufrechnung durch Versicherungsnehmer
§ 18 Gerichtsstand
§ 19 Anwendbares Recht

Die AVB

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich

(1) Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.

(2) Versicherungsfall
Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit 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 Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und
- palliativmedizinische Leistungen.

Im Tarif können weitere Ereignisse als Versicherungsfall vereinbart sein.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer den Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und (für) sonstige vereinbarte Leistungen. Der Umfang der Leistung im Versicherungsfall ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifen und anderen schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(3) Örtlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

a) **Deutschland und Europa**
Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern. Hierzu zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.

b) **Außerhalb Europas**
Bei einem Aufenthalt außerhalb Europas besteht für die ersten zwölf Monate des Aufenthaltes Versicherungsschutz. Dauert der Aufenthalt länger, hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Verlängerung des Versicherungsschutzes. Der Versicherer kann hierfür einen Beitragszuschlag verlangen.

c) **Erstattungshöhe im Ausland**
Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.

§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes

(1) Tarifwechsel
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seinen bestehenden Versicherungsschutz zu ändern und in andere Tarife des Versicherers zu wechseln. Bei den Tarifen muss es sich um Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz handeln und die versicherte Person muss in ihnen versicherungsfähig sein. Der Wechsel erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers. Ist der neue Versicherungsschutz höher oder beinhaltet er zusätzliche Leistungen, kann der Versicherer den Tarifwechsel von der Vereinbarung eines Risikozuschlags oder eines Leistungsaus-schlusses für die Mehrleistung abhängig machen.

Kein Anspruch auf Tarifwechsel besteht, wenn der Tarifwechsel

- aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden (Unisex) in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist (Bisex) oder
- in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) oder
- aus oder in befristete Tarife

verlangt wird.

Beim Tarifwechsel bleiben alle erworbenen Rechte und Pflichten erhalten. Die bis zum Tarifwechsel gebildete Alterungsrückstellung wird im neuen Tarif – nach Maßgabe dessen technischer Berechnungsgrundlage – angerechnet.

(2) Wechsel in den Standardtarif
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, in den Standardtarif mit Höchstpreisgarantie zu wechseln, wenn

- der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und
- die versicherte Person, für die der Wechsel beantragt wird, die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2a Nummer 2, 2a und 2b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfüllt.

Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif beim Versicherer folgt.

Neben dem Standardtarif darf für die versicherte Person kein weiterer Tarif der Krankheitskostenversicherung (auch keine Krankheitskostenzusatzversicherung) bestehen (Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 9 der Tarifbedingungen des Standardtarifs).

Zur Gewährleistung der Höchstbeitragsgarantie im Standardtarif wird ein Beitragszuschlag erhoben. Die Berechnung der Höhe des Zuschlags wird in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Wechsel in den Basistarif
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit zu wechseln, wenn

- der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 01. Januar 2009 erfolgt ist oder
- die betroffene versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- die betroffene versicherte Person das 55. Lebensjahr zwar noch nicht vollendet hat, aber
  - eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht oder diese beantragt hat und die Anspruchsvoraussetzungen für die Rente erfüllt oder
  - wenn sie ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder
  - hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.

Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.

Zur Gewährleistung der Beitragsbegrenzungen wird im Basistarif ein Beitragszuschlag erhoben. Die Berechnung der Höhe des Zuschlags wird in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(4) Anpassung an Beihilfeänderungen
Bestehen für eine versicherte Person mit Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall Tarife zur Ergänzung des Beihilfeanspruchs und ändert sich der Bemessungssatz der Beihilfe oder entfällt der Anspruch auf Beihilfe ganz, hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer Anspruch darauf, dass der Versicherungsschutz so angepasst wird, dass der veränderte Beihilfebemessungssatz oder die weggefallene Beihilfe ausgeglichen wird. Dieser Anspruch besteht jedoch nur im Rahmen bereits bestehender Krankheitskostentarife des Versicherers.

Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Beihilfeänderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz zum Ersten des Monats an, zu dem die Änderung eintritt. Eine neue Risikoprüfung wird nicht durchgeführt. Wird der Antrag später gestellt, wird der Versicherungsschutz zum Ersten des Monats umgestellt, der auf die Beantragung folgt. Ist in diesem Fall der neue Versicherungsschutz höher oder beinhaltet er zusätzliche Leistungen, kann der Versicherer einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss für die Mehrleistung verlangen.

(5) Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch den Versicherer

a) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen:
Ändern sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen und sind diese Änderungen nicht nur als vorübergehend anzusehen, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife an die geänderten Verhältnisse anzupassen. Die Änderungen müssen erforderlich erscheinen, um die Belange der Versicherungsnehmer hinreichend zu wahren. Ein unabhängiger Treuhänder prüft, ob die Voraussetzungen für die Änderungen gegeben sind und bestätigt ihre Angemessenheit. Die Änderungen werden wirksam zu Beginn des zweiten Monats, nachdem die Mitteilung über die Änderung und der maßgeblichen Gründe für die Änderung dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.

b) Unwirksamkeit einer Bedingung:
Wurde durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder den Tarifen für unwirksam erklärt, kann der Versicherer die betroffene Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass

- eine neue Regelung notwendig ist, um den Vertrag fortführen zu können oder
- das Festhalten am Vertrag ohne neue Regelung für eine der Vertragsparteien – 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.

(6) Vertragstrennung
Volljährige versicherte Personen haben jederzeit das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, als selbständigen Versicherungsvertrag fortzuführen. Eine solche Vertragstrennung erfolgt zum Ersten des übernächsten Monats, zu dem die entsprechende Erklärung der versicherten Person beim Versicherer eingeht.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, keine Wartezeiten

(1) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt („Versicherungsbeginn“). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Als abgeschlossen gilt der Versicherungsvertrag, wenn dem Versicherungsnehmer ein Versicherungsschein oder eine sonstige Annahmeerklärung in Textform zugeht.

Ist der Versicherungsfall vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten, wird für den gesamten Versicherungsfall keine Leistung erstattet. Tritt der Versicherungsfall zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes ein, werden nur die Kosten erstattet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes entstanden sind.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und im Falle einer Adoption
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Geburt, wenn

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

Der Versicherungsschutz für Neugeborene darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Die Wahl einer anderen Selbstbehaltsstufe oder eines höheren Versicherungsschutzes bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist möglich.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind die vor der Geburt entstandenen körperlichen oder geistigen Schädigungen und Erkrankungen. Die Aufwendungen für Neugeborene, die vor und während der Geburt entstehen, sowie die Aufwendungen für gesunde Neugeborene direkt nach der Geburt unterliegen dem Versicherungsschutz der Mutter.

Der Geburt steht die Adoption eines Kindes gleich, das zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

(3) Keine Wartezeiten
Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten.

§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht

(1) Umfang der Leistung
Der konkrete Umfang der Versicherungsleistung ergibt sich aus dem vereinbarten Tarif und dessen Bedingungen (siehe Teil II).

(2) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre. Tariflich können weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als Tarifleistung vereinbart werden.

(3) Arzneimittel, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen
Der Versicherungsschutz umfasst im vertraglichen Umfang Leistungen für Arznei-, diätetische Lebens-, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien. Die Regelung des § 4 Absatz 2 gilt hierfür entsprechend.

a) Arznei- und diätetische Lebensmittel:
Sie müssen von den in § 5 Absatz 1 und 2 aufgezählten Leistungserbringern verordnet und aus einer Apotheke bezogen werden.

Nicht als erstattungsfähige Arzneimittel gelten Nahrungsergänzungsmittel, medizinische Weine, Badezusätze sowie sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe sind und nicht der parenteralen Ernährung dienen (z. B. Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente oder Aminosäuren).

Als diätetische Lebensmittel erstattungsfähig sind ausschließlich folgende diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Bilanzierte Diäten):

- Bilanzierte Diäten zur Behandlung von Krankheiten, wenn ohne diese Präparate schwere gesundheitliche Schäden eintreten, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose.
- Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung
- Elementardiäten (Trinknahrung) bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, wenn eine Kuhmilcheiweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen.

b) Heilmittel:
Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik, Massagen und medizinische Bäder), der podologischen Therapie, der Osteopathie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Maßnahmen der Ergotherapie. Sie dürfen nur von den in § 5 Absatz 1, 2 und 5 aufgezählten Leistungserbringern erbracht werden.

c) Hilfsmittel:
Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.

Nicht als Hilfsmittel zählen

- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens
- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die vor allem der Pflege oder deren Erleichterung dienen (Pflegehilfsmittel)
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien) werden nicht erstattet.

d) Digitale Gesundheitsanwendungen
Erstattungsfähig sind auch Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht. Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz, die mittels digitaler Technologien die Gesundheit der versicherten Person fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten unterstützen.

- DiGA müssen durch einen jeweils approbierten Arzt, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sein. Sie müssen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.BfArM.de) aufgeführt sein. Maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ist die Vergütungshöhe, die der Anbieter von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 134 SGB V verlangen kann.
- DiGA sind auch erstattungsfähig, wenn der Versicherer mit dem DiGA-Anbieter für sie einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Die Erstattung richtet sich nach dem dort vereinbarten Preis.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal drei Monate erstattet. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Kostenersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung zu stellen. Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten des Erwerbs der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb von Hardware einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

(4) Zeitliche Zuordnung der Kosten
Maßgeblicher Zeitraum für das Entstehen der Kosten ist der Zeitpunkt, zu dem die Leistung erbracht wird, z.B. der Zeitpunkt, zu dem die Behandlung stattgefunden hat oder zu dem das Arznei- oder Hilfsmittel gekauft wurde.

(5) Zusage zur Kostenübernahme
Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten, in Textform vom Versicherer Auskunft verlangen, ob und in welchem Umfang die beabsichtigte Heilbehandlung erstattet wird. Der Versicherer erteilt die Auskunft, mit Gründen versehen, innerhalb von vier Wochen. Legt der Versicherungsnehmer einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen vor, muss der Versicherer in seiner Antwort darauf eingehen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, erteilt der Versicherer die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Erteilt der Versicherer die Auskunft nicht innerhalb der Frist, wird - bis zum Beweis des Gegenteils - vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist.

(6) Gutachteneinsicht
Hat der Versicherer bei der Prüfung, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist, Gutachten oder Stellungnahmen eingeholt, kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, die es betrifft, Einsicht in diese Unterlagen verlangen. Stehen der Einsichtnahme erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen, hat die davon betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter das Recht einen Arzt oder Rechtsanwalt zu benennen, dem der Versicherer Auskunft erteilen oder Einsicht geben muss.

Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer

(1) Ärztliche Leistungserbringer
Der versicherten Person steht die Wahl unter allen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus können auch medizinische Versorgungszentren, ambulante Operationszentren oder Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch genommen werden.

(2) Heilpraktiker
Es können auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Psychotherapeuten
Leistungen für Psychotherapie werden erstattet, wenn sie von Ärzten, approbierten ärztlichen Psychotherapeuten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Psychotherapeutische Leistungen durch Heilpraktiker werden nur erstattet, wenn dies tariflich vorgesehen ist.

(4) Leistungserbringer bei Schwangerschaft und Entbindung
Bei Schwangerschaft und Entbindung können auch Hebammen und Entbindungspfleger sowie Entbindungsheime und Geburtshäuser in Anspruch genommen werden.

(5) Sonstige Heilberufe
Auf ärztliche Verordnung oder auf Verordnung eines Heilpraktikers haben die versicherten Personen freie Wahl unter den Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. staatlich geprüfte Krankengymnasten, Masseure, Fachkräfte für Lymphdrainagen, Masseure und medizinische Bademeister, Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fußpfleger und Podologen nach dem Podologengesetz (PodG)).

(6) Krankenhäuser
Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.

(7) Palliative Leistungserbringer, Hospize
Palliativmedizinische Leistungen werden erstattet, wenn die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen. Bei voll- und teilstationären Hospizleistungen hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen.

(8) Weitere Leistungserbringer
Tariflich können weitere Leistungserbringer (z.B. Pflegekräfte, Pädagogen) vorgesehen sein.

(9) Gebührenordnungen
Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach der jeweils geltenden Hebammengebührenordnung (HebGebO), psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Tariflich können andere Erstattungssätze vereinbart werden.

§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten

(1) Der Versicherer leistet nicht

a) für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch **Kriegsereignisse oder innere Unruhen** verursacht wurden. Terroristische Anschläge gelten weder als Kriegsereignisse noch als innere Unruhen.
Wird die versicherte Person im Ausland durch eines dieser Ereignisse überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers hingegen bestehen.

b) für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person **vorsätzlich herbeigeführt** wurden.

c) für **Behandlungen durch Leistungserbringer, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.** Der Leistungsausschluss beginnt zum Zeitpunkt, zu dem der Versicherer den Versicherungsnehmer über den Leistungsausschluss informiert hat. Ist ein Versicherungsfall zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen, da noch Behandlungsbedürftigkeit besteht (siehe § 1 Absatz 2), leistet der Versicherer weitere drei Monate für Behandlungen dieses Leistungserbringers, gerechnet ab Zugang der Mitteilung über den Leistungsausschluss beim Versicherungsnehmer.

d) für **Behandlungen durch Familienangehörige (Ehegatten, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder)**. Die nachgewiesenen Sachkosten werden in tariflicher Höhe erstattet.

e) für eine durch **Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung**, sofern in diesen Fällen tariflich nicht ausdrücklich Leistungen vorgesehen sind.

(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt

a) für **Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen**. Darunter sind alle ambulanten und stationären Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen. Erstattet werden nur drei ambulante oder stationäre Maßnahmen pro versicherter Person während der gesamten Vertragslaufzeit. Die Behandlung muss in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.

b) **für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren**
Sie werden nur erstattet, wenn der Tarif hierfür ausdrücklich Leistungen vorsieht.

c) **für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten.** Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.

d) **für Behandlungen oder sonstige Leistungen**, bei denen die Aufwendungen in **einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen** stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.

e) für Leistungen, für die auch ein Anspruch besteht
- gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung oder
- gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- aus dem Soldatenversorgungsgesetz oder
- auf gesetzliche Heilfürsorge oder
- auf Unfallfürsorge oder
- gegenüber der Pflegepflichtversicherung.

In diesen Fällen erstattet der Versicherer nur die Leistungen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen und notwendig sind.

(3) Ansprüche gegen mehrere Leistungserbringer
Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistung
Die Versicherungsleistungen sind beim Versicherer zu beantragen. Der Versicherer erstattet die Leistungen, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer kann Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, im Original verlangen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung
Der Versicherer erbringt die vereinbarten Leistungen, wenn er die für die Feststellung des Versicherungsfalles und den Umfang seiner Leistungspflicht erforderlichen Untersuchungen durchgeführt hat. Sind die Untersuchungen nicht innerhalb eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen, kann der Versicherungsnehmer eine Abschlagszahlung verlangen. Als Höhe der Abschlagszahlung kann ein Betrag gefordert werden, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Untersuchungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Auszahlung von Versicherungsleistungen mit Auslandsbezug
Bei Rechnungen oder Unterlagen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung ins Deutsche verlangen. Fallen Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen oder für Übersetzungen an, können diese von den Leistungen abgezogen werden. Krankheitskosten, die in Fremdwährung berechnet wurden, werden in Euro ausgezahlt. Dabei werden sie zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Durch Bankbelege kann nachgewiesen werden, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(4) Empfänger der Versicherungsleistungen
Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt an den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer in Textform mitgeteilt, dass die Versicherungsleistung an die betroffene versicherte Person erfolgen soll, so leistet der Versicherer an diese.

(5) Abtretung von Versicherungsleistungen
Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt. Im Falle einer stationären Behandlung kann der Versicherungsnehmer jedoch seine insoweit bestehenden Ansprüche gegen den Versicherer an das Krankenhaus abtreten.

Beitrag

§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug

(1) Höhe und Zeitpunkt der Beitragszahlung
Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten. Er wird ab Versicherungsbeginn berechnet und ist zu Beginn eines jeden Kalenderjahres zu entrichten. Bei Neuabschluss des Vertrages ist der erste Beitrag – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechtes – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines oder einer sonstigen Annahmeerklärung zu zahlen. Gleiches gilt bei der Neuaufnahme einer versicherten Person für deren Beitrag.

Der Beitrag kann auch in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig und gelten bis dahin als gestundet.

Die Höhe des Beitrags ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

(2) Beitragsberechnung
Die Beiträge werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) berechnet. Die Einzelheiten der Berechnung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Bei der Berechnung des Beitrags wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Krankheitsrisiko werden Alterungsrückstellungen gebildet. Eine Änderung des Beitrags wegen Älterwerdens der versicherten Person ist damit ausgeschlossen. Davon abweichend müssen für versicherte Personen, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollenden, ab Beginn des Kalenderjahres, zu dem dieses Ereignis eintritt, die Beiträge für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 Jahre bezahlt werden. Tariflich können abweichende Vereinbarungen getroffen werden.

Ändern sich die Beiträge, z. B. auf Grund einer Änderung des Umfanges des Versicherungsschutzes, wird bei der Berechnung des neuen Beitrages das beim Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Die Berechnung des tariflichen Lebensjahres erfolgt entsprechend der Berechnung des Eintrittsalters, abgestellt auf den Zeitpunkt

der Beitragsänderung. Bei der Änderung der Beiträge kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend anpassen. Besteht bei Vertragsänderung ein erhöhtes Risiko, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, zusätzlich zum Beitrag, einen angemessenen Zuschlag verlangen. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(3) Beitragszuschlag bei verspätetem Abschluss des Vertrages bei Versicherungspflicht
Wird der Abschluss des Vertrages erst später als ein Monat nach Entstehen der Versicherungspflicht beantragt, ist der gesetzlich vorgesehene Beitragszuschlag zu zahlen (§ 193 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). Dessen Höhe richtet sich nach der Dauer der Nichtversicherung trotz Versicherungspflicht. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann die Stundung des Beitragszuschlages verlangen, wenn er sich im Gegenzug zu einer angemessenen Ratenzahlung verpflichtet. Der gestundete Beitrag wird verzinst.

(4) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein festgelegter Teil einer Rückstellung für Beitragsrückerstattung für Versicherte zugeführt. Bei der Verwendung dieser Rückstellung für Beitragsrückerstattung für die Versicherten legt der Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders fest,

- welche Tarife und Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe.
- ob die Beiträge als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung oder Milderung einer Beitragserhöhung oder zur Leistungserhöhung verwendet werden.

Die Beitragsrückerstattung durch Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für jede Person eines berechtigten Tarifs oder einer berechtigten Tarifkombination, wenn

- der Tarif für das ganze Kalenderjahr mit voller Beitragspflicht bestanden hat und am 30. Juni des Folgejahres noch besteht. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person im Folgejahr wegen Todes, der Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung, der Kündigung wegen Eintritts der Versicherungspflicht oder auf Grund eines Tarifwechsels in einen andern Vollversicherungstarif des Versicherers aus dem Tarif ausgeschieden ist und
- im ganzen Kalenderjahr aus dem Tarif keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Tariflich kann vereinbart werden, dass einzelne Leistungen (z B. Präventions- und Prophylaxeleistungen) für die BRE unschädlich sind und
- die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr vollständig entrichtet wurden.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des darauffolgenden Jahres ausgezahlt oder verrechnet. Es bedarf hierzu keines Antrages. Werden nach Auszahlung oder Verrechnung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, können diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet werden.

(5) Beitragsanpassung
Durch steigende Heilbehandlungskosten, häufigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, steigende Lebenserwartung und ähnliche Ereignisse können sich die Leistungsausgaben des Versicherers, trotz gleichbleibenden vertraglichen Leistungsumfangs, ändern. Aus diesem Grund ist der Versicherer gesetzlich verpflichtet, zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten mit denen in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten zu vergleichen. Diese Gegenüberstellung wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Da die Tarife, die diesen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und nebeneinander angeboten werden, wird die Gegenüberstellung bei beiden Unternehmen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Ergibt die Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen oder den Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Die Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern einheitlich.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag geändert werden. Im Zuge der Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif und der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (siehe § 2 Absatz 2 bzw. § 2 Absatz 3) verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

Beitragsanpassungen, Änderungen von festgelegten Selbstbehalten und von eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(6) Zahlungsverzug
Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

Ist der Versicherungsnehmer bei der Zahlung der Beiträge mit einem Betrag in Höhe von zwei Monatsbeiträgen in Verzug, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat mit Beitragsrückstand einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 % des Beitragsrückstandes zu zahlen.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich Säumniszuschlag zwei Monate nach Zugang der Mahnung beim Versicherungsnehmer noch höher als ein Monatsbeitrag, mahnt ihn der Versicherer ein zweites Mal. Bei dieser Mahnung weist ihn der Versicherer auf die Möglichkeit des Ruhens der Versicherung hin.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich Säumniszuschlag auch einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung des Versicherers beim Versicherungsnehmer höher als ein Monatsbeitrag, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des folgenden Monats. Das Ruhen der Versicherung tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne der sozialrechtlichen Vorschriften (Zweites oder Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch) ist oder wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch Bescheinigung des nach dem jeweiligen Sozialgesetzbuch zuständigen Trägers nachzuweisen. Der Versicherer kann in regelmäßigen Abständen eine aktuelle Bescheinigung verlangen.

Für die Zeit des Ruhens des Vertrages sind die versicherten Personen im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Beim Notlagentarif handelt es sich um einen Tarif mit deutlich reduziertem Leistungsumfang. Für ihn gelten die Bedingungen des Notlagentarifs (AVB/NLT) in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung.

Werden alle rückständigen Beiträge, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten bezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in den Tarifen fortgesetzt, in denen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert waren. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind dabei so zu stellen, wie sie vor dem Ruhen des Vertrages standen. Dies gilt jedoch nicht für die während der Ruhenszeit verbrauchten Alterungsrückstellungen. Wurden während der Ruhenszeit Beiträge oder Allgemeine Versicherungsbedingungen in den Tarifen bestandswirksam angepasst, gelten diese Änderungen ab dem Tag der Fortsetzung des Versicherungsschutzes für den Versicherungsnehmer und die versicherte Person.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes in diesen Tarifen führen. Bei Tarifen, die nicht der Versicherungspflicht dienen, kann auch die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrages zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sofern die Voraussetzungen des § 38 VVG erfüllt sind.

(7) Beiträge bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsverhältnisses
Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, wird der Beitrag nur bis zu dem Zeitpunkt berechnet, zu dem das Versicherungsverhältnis endet.

Wird das Versicherungsverhältnis durch den Versicherer vorzeitig durch Rücktritt wegen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, hat der Versicherer Anspruch auf den Beitrag bis zum Zeitpunkt, zu dem der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird.

Weitere vertragliche Pflichten

§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)

(1) Auskunftserteilung
Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 7 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(2) Untersuchungspflicht
Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Schadenminderungspflicht
Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie hat alle Handlungen zu unterlassen, die einer Genesung hinderlich sind.

(4) Information über den Abschluss weiterer Krankheitskostenversicherungen
Wird für eine versicherte Person eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen oder wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig, hat der Versicherungsnehmer den Versicherer hierüber unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)

(1) Leistungsfreiheit, teilweise Leistungsfreiheit
Werden die Mitwirkungspflichten nach § 9 verletzt, ist der Versicherer, unter den Voraussetzungen des § 28 Absatz 2 bis 4 VVG ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Der Versicherer ist leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht vorsätzlich verletzt hat. Hat er sie grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer seine Leistungen kürzen. Ein Nichtvorliegen der groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer nachzuweisen. Die Kürzung erfolgt in einem Verhältnis, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Trifft den Versicherungsnehmer die Auskunfts- oder Aufklärungspflicht erst nach Eintritt des Versicherungsfalles, hat ihn der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen einer Verletzung hinzuweisen.

Wurde eine Mitwirkungspflicht verletzt, die nicht ursächlich für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist, ist der Versicherer nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht arglistig verletzt hat.

(2) Fristlose Kündigung
Hat der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht nach § 9 Absatz 4 vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer Tarife, die nicht der Pflicht zur Versicherung dienen (§ 193 Absatz 3 VVG) innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.

(3) Zurechnung der Kenntnis und des Verschuldens der versicherten Person
Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Besondere Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) bei Ersatzansprüchen gegen Dritte

(1) Abtretung von Ersatzansprüchen
Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Schadensersatzansprüche), sind diese – unbeschadet der Regelungen zum gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG – an den Versicherer schriftlich abzutreten. Die Abtretung ist in ihrer Höhe begrenzt auf das, was aus diesem Versicherungsvertrag als Ersatz zu leisten ist (Kosten, Dienst- und Sachleistungen).

Gleiches gilt, wenn dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person Ansprüche gegen einen Leistungserbringer auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte zustehen und der Versicherer auf Grund dieses Versicherungsvertrages hierfür Leistungen erbracht hat.

(2) Sicherung von Ersatzansprüchen
Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zu seiner Sicherung dienendes Recht zu wahren. Dabei haben sie die geltenden Form- und Fristvorschriften zu beachten und den Versicherer bei der Durchsetzung seiner Ansprüche, soweit dies erforderlich ist, zu unterstützen.

(3) Folgen bei der Verletzung der besonderen Mitwirkungspflichten
Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Mitwirkungspflichten des § 11 vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer zur Leistung nur insoweit verpflichtet, wie er auch Ersatz vom Dritten oder dem Leistungserbringer erlangen kann. Wurden die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer seine Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt in einem Verhältnis, das der Schwere des Verschuldens entspricht.

Ende der Versicherung

§ 12 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch wenn der Versicherungsfall noch nicht abgeschlossen ist, mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Ordentliche Kündigung
Das Versicherungsverhältnis kann vom Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Kalenderjahres – frühestens jedoch zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn – mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

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

(2) Außerordentliche Kündigung

a) **Kündigung infolge Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei Heilfürsorge**
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, die
- kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird oder
- für die ein gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung oder
- für die ein (nicht nur vorübergehender) Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis besteht,

innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt des Entstehens dieses Anspruchs kündigen. Dem Versicherer steht in diesem Fall der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Den Eintritt der Versicherungspflicht hat der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, nachzuweisen. Versäumt er die Frist und hat er das Versäumnis zu vertreten, ist die Kündigung unwirksam.

Wird die Versicherungspflicht dem Versicherer später nachgewiesen, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, zu dem er den Nachweis erbringt. Dem Versicherer steht der Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Bei Eintritt der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von drei Monaten eine Umwandlung der Versicherung in für das Neugeschäft geöffnete Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Umwandlung erfolgt entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfangs ohne erneute Gesundheitsprüfung.

b) **Kündigung bei vertraglich vereinbarter Beitragsänderung**
Ändert sich durch eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag der Beitrag, weil z. B.
- der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Lebensaltersgruppe 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 Inkrafttreten der Änderung kündigen. Die Kündigung wird wirksam zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung.

c) **Kündigung bei einer Beitragsanpassung oder Leistungsminderung durch den Versicherer**
Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 8 Absatz 5 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 2 Absatz 5, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann darüber hinaus bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung oder die Leistungsminderung in Kraft tritt.

d) **Kündigung bei Teilbeendigung durch den Versicherer**
Hat der Versicherer nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung erklärt, kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung des übrigen Teils des Versicherungsverhältnisses zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist. Hat der Versicherer gekündigt, kann die Aufhebung zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung verlangt werden. Die Aufhebung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Anfechtungs-, Rücktritts- oder Kündigungserklärung des Versicherers erklärt werden.

(3) Kündigung von Tarifen, die der Versicherungspflicht dienen
Bei Tarifen, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen (§ 193 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung durch den Versicherungsnehmer – außer bei einer Kündigung nach Absatz 2a (siehe die dortigen Voraussetzungen) – voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen der Versicherungspflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(4) Übertragung von Altersrückstellungen
Der Versicherungsnehmer kann bei Kündigung der Versicherung und Abschluss eines neuen Vertrages über eine substitutive Krankenversicherung (§ 195 Absatz 1 VVG) verlangen, dass der Versicherer die Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nummer 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(5) Kenntnis und Fortsetzungsrecht der versicherten Person
a) Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.
b) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis ganz oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben.

(6) Weiterführung als Anwartschaft
Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, die gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaft fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Ordentliche Kündigung
Die ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen.

(2) Außerordentliche Kündigung
Die gesetzlichen Vorschriften über die außerordentliche Kündigung bleiben unberührt.

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

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Tod des Versicherungsnehmers
Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Tod der versicherten Person
Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

(3) Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug
Bei Verlegung des Wohnsitzes in ein Land, das nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der versicherten Person, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde.
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaft fortzusetzen.
Der Versicherungsnehmer kann bei dem Versicherer beantragen, dass das Versicherungsverhältnis für maximal 5 Jahre fortgeführt wird.
Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern der Antrag innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer gestellt wird. Der Versicherer kann für die Zeit der Wohnortverlegung einen Beitragszuschlag verlangen.
Eine Fortführung des Versicherungsverhältnisses kann nicht beantragt werden, wenn die rechtlichen Bestimmungen des Aufenthaltslandes eine Fortführung nicht zulassen oder der Versicherer aufgrund der Fortführung des Versicherungsverhältnisses eine besondere Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im betreffenden Aufenthaltsland bedarf.
Nach Ablauf der Vereinbarung (maximal 5 Jahre) kann der Versicherungsnehmer bei weiterem vorübergehendem Auslandsaufenthalt erneut die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beantragen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Aufrechnung durch Versicherungsnehmer

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

§ 18 Gerichtsstand

(1) Klagen gegen den Versicherungsnehmer
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, sofern kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer ist wahlweise
- das Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder
- das Gericht am Sitz des Versicherers

zuständig.

(3) Bei Klagen, wenn Versicherungsnehmer kein Wohnsitz in Deutschland oder Europa hat
Verlegt der Versicherungsnehmer nach Abschluss des Versicherungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands, eines Staates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraumes, ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig. Gleiches gilt, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers nicht bekannt ist.

§ 19 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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