Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

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

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 341700, 02.2023

Einleitung

Gemeinsam verwendete AVB, Verbundtarife
Die AVB/KUR und die Tarife, denen die AVB/KUR 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 4). Vertragspartner und alleiniger Versicherer ist jedoch nur das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Die AVB

Übersicht

Versicherungsschutz
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, keine Wartezeiten
§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht
§ 5 Keine oder eingeschränkte Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Abtretung von Versicherungsleistungen
Beitrag
§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug
Weitere vertragliche Pflichten
§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
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 den Versicherungsnehmer
§ 18 Gerichtsstand
§ 19 Anwendbares Recht

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer bietet Versicherungsschutz in Form eines Tagegeldes bei Anschlussheilbehandlung, medizinischer Rehabilitationsmaßnahme oder Kur. Jede dieser Maßnahmen muss medizinisch notwendig und ärztlich verordnet sein. Sie kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen.

(2) Versicherungsfall
Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls, in deren Rahmen es zu einer Anschlussheilbehandlung, medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder Kur kommt. 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.

(3) Versicherungsschutz
Im Versicherungsfall zahlt der Versicherer ein Tagegeld. Der Umfang der Leistung im Versicherungsfall ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifen und anderen schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Örtlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
a) Deutschland und Europa
Der 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 12 Monate des Aufenthaltes Versicherungsschutz.

§ 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 Leistungsausschlusses 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) verlangt wird, oder
- aus oder in einen befristeten Tarif 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) 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.

(3) 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 kein Tagegeld gezahlt. Tritt der Versicherungsfall zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes ein, wird ab Versicherungsbeginn geleistet.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Erhöhung des Tagegeldes).

(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.
In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind die vor der Geburt entstandenen körperlichen oder geistigen Schädigungen und Erkrankungen.
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) Zeitliche Zuordnung
Maßgeblich für die Leistung des Tagegeldes ist bei ambulanter Maßnahme der Zeitpunkt der Behandlung, bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt der Zeitraum des Aufenthaltes.

(2) Umfang der Leistung
Der konkrete Umfang der Versicherungsleistung (Höhe und Dauer) ergibt sich aus dem vereinbarten Tarif und dessen Bedingungen.

(3) Grundsätze
Voraussetzung für die Zahlung des Tagegeldes ist, dass die versicherte Person während der Anschlussheilbehandlung, medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder Kur ärztlich behandelt wird bzw. eine ärztlich angeordnete Behandlung erfolgt.
Für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Die freie Wahlmöglichkeit besteht auch für Krankenhäuser oder Einrichtungen, die Kur- oder medizinische Rehabilitationsbehandlungen anbieten.

(4) Gutachteneinsicht
Der Versicherer kann zur Prüfung, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist, Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Wurden solche Unterlagen 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 betroffenen 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 Keine oder eingeschränkte Leistungspflicht
(1) Der Versicherer leistet nicht bei Maßnahmen, die in folgenden Zusammenhängen stehen:

- Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle, einschließlich deren jeweilige 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 bestehen.
- Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren jeweilige Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.
- Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen. Darunter sind alle Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen.
- Behandlungen durch Leistungserbringer oder in Einrichtungen, die 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, leistet der Versicherer weitere drei Monate für Behandlungen dieses Leistungserbringers, gerechnet ab Zugang der Mitteilung über den Leistungsausschluss beim Versicherungsnehmer.
- Unterbringung, die durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingt ist.

(2) Leistungseinschränkungen
Mögliche Leistungseinschränkungen, bei denen das Tagegeld teilweise, für eine bestimmte Dauer oder unter Einhaltung bestimmter zeitlicher Intervalle oder Voraussetzungen gezahlt wird, regelt der Tarif.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
(1) Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistung
Die Versicherungsleistung ist beim Versicherer zu beantragen. Der Versicherer leistet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer kann Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, im Original verlangen.
Eine Rückabwicklung von beantragten und zu Recht erbrachten Tagegeldzahlungen ist ausgeschlossen.

(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 Unterlagen oder Nachweisen 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.

(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.

§ 7 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.

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 Widerrufrechtes - 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) Überschussbeteiligung
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.

Falls ein Tarif oder eine Tarifkombination für eine Beitragsrückerstattung in Form einer Auszahlung bzw. Gutschrift vorgesehen ist, besteht für jede versicherte Person eines berechtigten Tarifs oder einer berechtigten Tarifkombination ein Anspruch, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Der Tarif hat für das ganze Kalenderjahr mit voller Beitragspflicht bestanden und besteht noch am 30. Juni des Folgejahres. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person im Folgejahr wegen Todes, der Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung oder auf Grund eines Tarifwechsels in einen anderen Kurtagegeldversicherungstarif des Versicherers aus dem Tarif ausgeschieden ist.
- Im ganzen Kalenderjahr wurden aus dem Tarif keine Versicherungsleistungen erbracht.
- Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr wurden vollständig entrichtet.

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.

(4) Beitragsanpassung
Durch häufigere oder längere Anschlussheilbehandlungen, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren, steigende Lebenserwartung und ähnliche Faktoren 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 den 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 vereinbarter Beitragszuschlag geändert werden.

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

(5) 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.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(6) 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 (§ 6 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) Mitwirkung bei der gesundheitsfördernden Maßnahme
Die versicherte Person hat bei den Maßnahmen zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitzuwirken; sie hat insbesondere alle Handlungen zu unterlassen, die einer Genesung hinderlich sind.

(4) Information über den Abschluss oder die Erhöhung einer anderweitigen Tagegeldversicherung
Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Tagegeld bei Anschlussheilbehandlung, medizinischer Rehabilitationsmaßnahme oder Kur darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 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 - 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 den Tarif 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurück zu gewähren.

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
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres - frühestens jedoch zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn - mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(2) Außerordentliche Kündigung
a) 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.

b) Kündigung bei einer Beitragsanpassung oder Leistungsminderung durch den Versicherer
Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 8 Absatz 4 (Beitragsanpassungsklausel) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 2 Absatz 2 (AVB-Änderungsklausel), 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.

c) 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) Kenntnis und Fortsetzungsrecht der versicherten Person
Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

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.

(4) 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.

§ 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Aufrechnung durch den 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 der Versicherungsnehmer keinen 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 Beschwer-de 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 Finanzdienstleistungs-aufsicht.

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.

Abkürzungsverzeichnis
VVG Versicherungsvertragsgesetz