



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG



Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Folgekostenversicherung medassure adipo (Stand 09.2023)

Risikoträger:

Nürnberger Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Hinweise zum Aufbau und zur Anwendung

Teil A enthält Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes

Teil B enthält Regelungen über allgemeine Rechte und Pflichten der Vertragsparteien

- Abschnitt B-1 regelt Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- Abschnitt B-2 regelt die Beitragszahlung
- Abschnitt B-3 und B-9 regelt Ihre Obliegenheiten und weitere Bestimmungen

Teil C enthält Erklärungen und Anzeigen sowie die Anschriftenänderung



INHALT

Teil A	4
A-1 Was ist versichert?	4
A-1.1. Versicherungsfall	4
A-2 Unsere Leistungen	4
A-3 Versicherte Kosten	4
A-3.1. Was sind Operations-Komplikationskosten?	5
A-3.2. Wie berechnen sich die Operations-Komplikationskosten?	5
A-3.3. Welche Kosten sind nicht versichert?	5
A-3.4. Wann sind die Kosten bei dem Versicherer einzureichen?	6
A-3.5. Wie hoch ist die Erstattungssumme?	6
A-4 Welche Personen sind nicht versicherbar?	6
A-5 Welche Ausschlüsse gibt es?	7
A-6 Geltungsbereich	7
A-7 Leistungserbringung	8
A-8 Subsidiarität/Übergang von Ersatzansprüchen gegen Dritte	8
A-8.1. Subsidiarität	8
A-8.2. Ersatzansprüche gegen Dritte	9
Teil B	10
B-1 Beginn und Ende des Versicherungsvertrages	10
B-1.1. Beginn des Versicherungsvertrages	10
B-1.2. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages	10
B-1.3. Eintritt des Versicherungsfalles während der Dauer des Versicherungsschutzes; Nachhaftung	11
B-2 Was muss bei der Beitragszahlung beachtet werden?	11
B-2.1. Was geschieht, wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?	11
B-2.2. Was geschieht, wenn der Versicherungsnehmer den Einmalbeitrag im Lastschriftverfahren nicht rechtzeitig zahlt?	11
B-2.3. Erstattung des Beitrags	12
B-3 Welche Anzeigepflichten müssen vor Vertragsabschluss beachtet werden?	12
B-4 Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles)?	12
B-5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles?	13
B-6 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?	14
B-7 Wo können Beschwerden eingereicht werden? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?	14
B-8 Welches Gericht ist zuständig?	14
B-9 Welches Recht findet Anwendung?	15
Teil C	16
C-1 Was ist bei Mitteilung an den Versicherer zu beachten?	16
C-2 Was gilt bei Änderung der Anschrift?	16

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR FOLGEKOSTENVERSICHERUNG MEDASSURE ADIPO (Stand 09.2023)

Teil A

A-1 Was ist versichert?

Der Versicherer bietet der versicherten Person Versicherungsschutz für die Kosten der Behandlung von schicksalhaften Komplikationen, welche in Folge einer durchgeführten und von der versicherten Person selbst zu zahlenden Adipositas-chirurgischen Operation (versicherter Eingriff) eintreten.

A-1.1. Versicherungsfall

- (1) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Behandlung einer versicherten Person wegen schicksalhaften Komplikationen.
- (2) Jegliche Komplikationen, die auf demselben versicherten Eingriff beruhen, gelten als ein einheitlicher Versicherungsfall, der in dem Zeitpunkt eintritt, in dem erstmalig eine ärztliche Tätigkeit wegen einer der Komplikationen in Anspruch genommen worden ist. Muss die Behandlung auf eine Komplikation ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit kein neuer Versicherungsfall.
- (3) Der Versicherungsfall endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht, spätestens aber mit Ablauf eines Zeitraums von 12 Monaten nach Beginn des Versicherungsfalles.

A-2 Unsere Leistungen

Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer die Aufwendungen der versicherten Person für Behandlungen, soweit diese nicht von der gesetzlichen Krankenkasse, einer privaten Krankenversicherung, einer Beihilfestelle oder einer anderen Institution übernommen werden.

Soweit der Versicherer Leistungen erbracht hat, obwohl die versicherte Person einen Erstattungsanspruch gegen eine Krankenkasse, private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder einer anderen Institution hat, ist die versicherte Person zur Rückerstattung derjenigen Versicherungsleistungen verpflichtet, die über den tatsächlich angefallenen Aufwendungen liegen (Bereicherungsverbot).

A-3 Versicherte Kosten

Der Versicherer ersetzt die Operations-Komplikationskosten.

A-3.1. Was sind Operations-Komplikationskosten?

Operations-Komplikationskosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind medizinische Mehrkosten (alle folgenden Punkte müssen zutreffen):

- die infolge einer Akutkomplikation entstehen, wobei die Akutkomplikation auf eine versicherte Adipositas-chirurgische Operation zurückzuführen ist und
- für die der versicherten Person im Zeitpunkt der Rechnungsstellung durch das Krankenhaus von der gesetzlichen Krankenkasse, einer privaten Krankenversicherung, einer Beihilfestelle oder einer anderen Institution keine Kostenerstattungszusage vorliegt und
- die aus Maßnahmen resultieren, die ärztlich angeordnet und medizinisch notwendig waren und
- die der versicherten Person vom Krankenhaus vor Ablauf der gesetzlichen Verjährung in Rechnung gestellt werden.

Die Operations-Komplikationskosten sind auch über die in der aktuell gültigen Fallpauschalenvereinbarung genannte obere Grenzverweildauer hinaus erstattungsfähig,

- sofern die Komplikationen noch während der Operation oder des sich unmittelbar anschließenden Aufenthaltes in dem Krankenhaus auftreten und behandelt werden, in dem der versicherte Adipositas-chirurgische Eingriff durchgeführt wurde, oder
- sofern nach einer komplikationsbedingten Wiederaufnahme im selben Krankenhaus eine Fallzusammenführung nach der jeweils aktuell gültigen Fallpauschalenvereinbarung erfolgt, oder
- nach einer Aufnahme in einem anderen Krankenhaus zur Behandlung einer schicksalhaften Komplikation, die ursächlich im Zusammenhang mit der versicherten Adipositas-Operation steht.

A-3.2. Wie berechnen sich die Operations-Komplikationskosten?

Die Operations-Komplikationskosten ergeben sich

- aus der Differenz der nach den Regelungen der am Tag der stationären Aufnahme gültigen Fallpauschalenvereinbarung an das Krankenhaus zu entrichtenden Vergütungen und der im Regelfall bei der versicherten Hauptleistung (stationäre Behandlung) anfallenden Vergütung als Normallieger
- aus der Abrechnung des Krankenhauses.
- aus der Abrechnung eines niedergelassenen Arztes

A-3.3. Welche Kosten sind nicht versichert?

Nicht versichert sind Kosten, die aus Vereinbarungen wahlärztlicher Leistungen oder besonderer nicht medizinisch notwendiger Unterbringungen / Serviceleistungen resultieren und daher über die Vergütung nach der jeweils aktuell gültigen Fallpauschalenvereinbarung hinausgehen.

A-3.4. Wann sind die Kosten bei dem Versicherer einzureichen?

Die Operations-Komplikationskosten müssen innerhalb eines Jahres nach Geltendmachung durch das Krankenhaus bei dem Versicherer geltend gemacht werden.

A-3.5. Wie hoch ist die Erstattungssumme?

- (1) Der Versicherer erstattet für Privatversicherte oder Beihilfeberechtigte maximal den 3,5-fachen Satz der GOÄ und/oder die Kosten nach DRG für die Behandlungskosten des Arztes/des Krankenhauses. Sofern eine Abrechnung eines Krankenhauses nach DRG erfolgt, werden die Behandlungskosten des Arztes um den Anteil der in § 6a GOÄ aufgeführten Prozentsätze gekürzt. Die Höchstleistung des Versicherers beträgt 50.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit.
- (2) Für gesetzlich Versicherte ersetzt der Versicherer
 - o den Rückforderungsanspruch von bis zu 50.000 EUR der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 52 Absatz 2 SGB V für die gesamte Vertragslaufzeit, oder
 - o bei vollständiger oder teilweiser Ablehnung der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung maximal den 2,3-fachen Satz der GOÄ und/oder die Kosten nach DRG für die Behandlungskosten des Arztes/des Krankenhauses. Bei Abrechnung des Krankenhauses nach DRG werden die Behandlungskosten des Arztes um den Anteil der in § 6a GOÄ aufgeführten Prozentsätze gekürzt. Der (Teil-)Ablehnungsbescheid der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer vorzulegen. Die Höchstleistung des Versicherers beträgt 50.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit.

Gesetzlich Versicherte verpflichten sich, bei Einweisung/Überweisung in ein Krankenhaus oder zu einer Arztpraxis mit Kassenzulassung aufgrund einer medizinisch notwendigen Komplikation dort die Gesundheitskarte abzugeben.
- (3) Für Medikamente und Rezeptgebühren erstattet der Versicherer bis zu maximal 400 EUR. Diese werden auf die vereinbarten Versicherungssummen angerechnet.

A-4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar sind Personen mit folgenden Kontraindikationen bei Antragsstellung:

- (1) Personen unter 18 Jahren und über 65 Jahren;
- (2) Personen mit einem BMI über 60;
- (3) Schwangere Personen

Für nicht versicherbare Personen kommt der Versicherungsschutz auch nicht durch Annahme des Beitrags zustande.

A-5 Welche Ausschlüsse gibt es?

Es besteht kein Anspruch für Komplikationen, die auf folgende Verletzungen / Erkrankungen zurückzuführen sind, sofern diese bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestanden:

- (1) Fehlbildungen am Magen;
- (2) Immundefekt/Immundefizienz;
- (3) Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten;
- (4) Refluxerkrankungen;
- (5) Magengeschwüre;
- (6) Morbus Crohn;
- (7) Essstörungen;
- (8) Silikonallergie;
- (9) Alkohol- und Drogensucht;
- (10) Schwere seelische Störungen/Depressionen;
- (11) Ausgeprägte Herz- oder Lungenerkrankung;
- (12) Vorausgegangenes Karzinom, sofern weniger als 5 Jahre tumorfrei.

Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für Komplikationen aus der versicherten Adipositas-Operation bei:

- (1) Nachgewiesenen Kunst- und/oder Behandlungsfehlern;
- (2) Unzufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis;
- (3) Seelischen Störungen/Depressionen
- (4) Komplikationen, die auf eine Produkthaftung des Herstellers zurückzuführen sind;
- (5) jeglichen Komplikationen, sofern der Versicherungsvertrag nach Beginn des versicherten Eingriffs abgeschlossen wurde;
- (6) Fahrtkosten.

Der Versicherer ist von der Leistungspflicht frei, wenn versicherte Operations-Komplikationskosten dadurch entstehen, dass die versicherte Person ärztliche Anweisungen, insbesondere die Hinweise zur Ernährung nach dem Eingriff, vorsätzlich nicht befolgt, bzw. vorsätzlich nicht beachtet.

Wenn versicherte Operations-Komplikationskosten dadurch entstehen, dass ärztliche Anweisungen grob fahrlässig nicht befolgt bzw. grob fahrlässig nicht beachtet werden, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens durch die versicherte Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

A-6 Geltungsbereich

Der jeweils vereinbarte Geltungsbereich für den Abschluss dieser Versicherung und für die Durchführung der versicherten Folgebehandlungen sind dem Versicherungsschein zu entnehmen.

A-7 Leistungserbringung

Nach Vorlage aller zur Beurteilung eines Leistungsantrags erforderlichen Unterlagen hat der Versicherer innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang dieser die Leistungspflicht anerkennt. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat dieser sich mit dem Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen nach Anerkenntnis oder Einigung fällig.

Der Versicherer rechnet entstandene Kosten in ausländischer Währung zum Wechselkurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen.

Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann der Versicherungsnehmer die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen.

Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden. Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können. Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

A-8 Subsidiarität/Übergang von Ersatzansprüchen gegen Dritte

A-8.1. Subsidiarität

Voraussetzung für die Versicherungsleistung aus diesem Vertrag ist, dass ein Dritter

- (1) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder
- (2) seine Leistungspflicht noch nicht erklärt hat oder
- (3) seine Leistungspflicht bestreitet oder
- (4) seine Leistung erbrachte, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausreichte.

In diesen Fällen wird der Versicherer der versicherten Person die versicherten Operations-Komplikationskosten erstatten. Die Ansprüche gehen bis zur Höhe der von dem Versicherer erbrachten Leistung gemäß Ziffer A-6.2. auf den Versicherer über.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person einen Anspruch gegen das Krankenhaus oder einen Arzt hat, weil die Operations-Komplikationskosten aus einem grob fahrlässigen und / oder vorsätzlichen Fehlverhalten der behandelnden Ärzte oder des Krankenhauses resultieren.

A-8.2. Ersatzansprüche gegen Dritte

Steht der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser den Schaden ersetzt.

Die versicherte Person hat den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken. Verletzt die versicherte Person diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als dieser infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens durch die versicherte Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die versicherte Person.

Teil B

B-1 Beginn und Ende des Versicherungsvertrages

B-1.1. Beginn des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag kommt mit dem Zugang des Versicherungsscheins bei dem Versicherungsnehmer zustande.
- (2) Der Versicherungsvertrag und gleichzeitig der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt jedoch erst automatisch an dem Tag, an dem bei der versicherten Person der versicherte operative Eingriff vorgenommen wird. Weiterhin gilt, dass der Versicherungsschutz nur in Kraft gesetzt wird, wenn der Versicherungs-Einmalbeitrag vor der Operation bei dem Versicherer eingegangen ist.

Wird der Versicherungsschutz nicht

- bis zum beantragten Operations-Termin, bzw.
- in den Fällen einer Verlegung (Ziffer 3) innerhalb von drei Monaten nach dem ursprünglichen Operations-Termin

in Kraft gesetzt, erlischt der Versicherungsvertrag ab Beginn.

- (3) Eine einmalige zeitliche Verlegung der ursprünglich versicherten Operation von bis zu drei Monaten gilt als mitversichert, sofern die Voraussetzungen, die zum Inkrafttreten des Versicherungsschutzes führen auch zum Zeitpunkt des neuen Operationstermines erfüllt sind (siehe insbesondere Ziffer A-4). Die versicherte Person muss dem Versicherer diese Änderung unverzüglich mitteilen. Wird die Operation auf einen Zeitpunkt verlegt, der mehr als drei Monate nach dem ursprünglich geplanten Vertragsbeginn (gleich Operations-Termin) liegt, muss ein neuer Versicherungsvertrag abgeschlossen werden. Der zu diesem Zeitpunkt bestehende Versicherungsvertrag wird im Gegenzug aufgehoben.

B-1.2. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag gilt für die obere Grenzverweildauer, welche gemäß jeweils geltender Fallpauschalenverordnung für den jeweiligen Operationsfall festgelegt ist, maximal jedoch für 29 Tage. Danach endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass für Verträge mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat kein Widerrufsrecht besteht. Daher gilt gemäß § 8 Abs. 3 S. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für den Versicherungsnehmer kein Widerrufsrecht.

Während der Vertragsdauer kann der Vertrag nicht gekündigt werden. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Ziffer B-3 bleibt davon unberührt. Kosten für Komplikationen, die nach Ende der Vertragsdauer erstmalig auftreten, sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst.

B-1.3. Eintritt des Versicherungsfalles während der Dauer des Versicherungsschutzes; Nachhaftung

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für solche Versicherungsfälle, die zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer B-1.1. und dem Ende des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer B-1.2. eintreten.

Tritt der Versicherungsfall während dieser Dauer des Versicherungsschutzes ein, besteht für diesen Versicherungsfall auch über das Ende des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer B-1.2. hinaus so lange eine Nachhaftung des Versicherers, bis der Versicherungsfall gemäß Ziffer A-1.1.(3) beendet ist.

B-2 Was muss bei der Beitragszahlung beachtet werden?

B-2.1. Was geschieht, wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

(1) Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung:

Um den Versicherungsschutz in Kraft zu setzen, wird der Einmalbeitrag unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

(2) Späterer Beginn des Versicherungsschutzes:

Wird der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

(3) Rücktritt:

Wird der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten, solange der Einmalbeitrag nicht gezahlt ist. Im Falle des Rücktritts kann der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr in Höhe von 20% des Einmalbeitrags für gehabte Aufwendungen erheben. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

B-2.2. Was geschieht, wenn der Versicherungsnehmer den Einmalbeitrag im Lastschriftverfahren nicht rechtzeitig zahlt?

Ist die Einziehung des Einmalbeitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Einmalbeitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Einmalbeitrag ohne das Verschulden des Versicherungsnehmers durch den Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach der in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Kann der fällige Einmalbeitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Einmalbeitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlungen

außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Einmalbeitrags erst verpflichtet, wenn der Versicherer hierzu in Textform aufgefordert hat.

B-2.3. Erstattung des Beitrags

Der Versicherer hebt den bestehenden Versicherungsvertrag auf und erstattet den Versicherungsbeitrag, sofern der Versicherungsschutz nicht in Kraft gesetzt wurde.

Die Erstattung erfolgt innerhalb von 30 Tagen, nachdem der Versicherungsnehmer dem Versicherer das Nichtzustandekommen des Versicherungsschutzes nachgewiesen hat.

B-3 Welche Anzeigepflichten müssen vor Vertragsabschluss beachtet werden?

(1) Anzeige gefahrerheblicher Umstände:

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung durch den Versicherungsnehmer sind sämtliche bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem Versicherungsnehmer zu schließen, erheblich sind. Erheblich sind die Gefahrumstände, nach denen der Versicherer den Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person in Textform fragt.

(2) Folgen einer Pflichtverletzung:

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Pflicht zur Anzeige gefahrerheblicher Umstände, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat oder der Versicherer den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen oder Konditionen, geschlossen hätte.

(3) Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles:

Im Falle des Rücktritts nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer unter keinen Umständen zur Leistung verpflichtet.

B-4 Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles)?

(1) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer innerhalb der Vertragslaufzeit jede Behandlung von Komplikationen, die nach einem versicherten Eingriff vorgenommen werden und voraussichtlich eine Leistungspflicht des Versicherers herbeiführen können, in Textform oder telefonisch anzuzeigen.

(2) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die ihrer Genesung hinderlich sind. Die versicherte Person hat insbesondere beim Auftreten von Komplikationen, die voraussichtlich eine Leistungspflicht des Versicherers herbeiführen können, unverzüglich einen Arzt hinzuzuziehen und seine Anordnungen zu befolgen.



- (3) Der Versicherer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass die versicherte Person jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist und insoweit Belege verlangen. Auskünfte sind dem Versicherer wahrheitsgemäß zu erstatten. Die versicherte Person ist insbesondere verpflichtet, auf entsprechendes Verlangen des Versicherers
- a. Schadenauskünfte wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich an den Versicherer zurückzusenden.
 - b. Die Vorgaben zur Schadenregulierung zu befolgen.
 - c. Sobald der versicherten Person ein Regress einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zugeht, besteht die Verpflichtung, dem Versicherer dies unverzüglich in Textform anzuzeigen. Der Versicherer kann gegenüber der versicherten Person verlangen, gegen den Bescheid Widerspruch einzulegen und ggfs. gerichtliche Schritte einzuleiten.
- (4) Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Versicherer wird die versicherte Person über die Erhebung personengebundener Gesundheitsdaten unterrichten, falls schon vor dem Leistungsfall die Einwilligung der versicherten Person vorliegt. Die versicherte Person kann einer Erhebung widersprechen, dieses kann jedoch zu einem Verlust der Leistungsansprüche führen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- (5) Werden Ärzte oder sonstige medizinische Einrichtungen vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten trägt der Versicherer.

B-5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles?

- (1) Verletzt die versicherte Person eine von ihr zu erfüllende vertragliche Obliegenheit nach Ziffer B-3 vorsätzlich, ist der Versicherer leistungsfrei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat. Dieser gesondert mitzuteilende Hinweis des Versicherers kann auch von dem dazu vom Versicherer autorisierten und bevollmächtigten Assekurateur, ausdrücklich benannt in der nachfolgenden Ziffer C-1, erfolgen.
- (2) Kann die versicherte Person nachweisen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.



- (3) Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

B-6 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

- (1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften des jeweiligen Landes, in dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

B-7 Wo können Beschwerden eingereicht werden? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bei Unstimmigkeiten sind Beschwerden vorrangig an den Assekurateur JHC oder an den Versicherer zu richten. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann für die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Den Ombudsmann kann per

- Telefon: 0800 2 550444 (kostenfrei)
- Telefax: 030 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
- Internet: www.pkv-ombudsmann.de

erreicht werden.

Der Vertragspartner hat zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53
53002 Bonn

B-8 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer ist neben dem Gericht, in dessen Bezirk der Versicherer seinen Sitz hat, auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, zuständig.

- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

B-9 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsvertrag unterliegt den gesetzlichen Vorschriften des jeweiligen Landes, in dem dieser abgeschlossen wurde.

Teil C

C-1 Was ist bei Mitteilung an den Versicherer zu beachten?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und an den Assekuradeur

JHC Service GmbH
Konrad-Adenauer-Ufer 39
50668 Köln
Deutschland

zu richten.

C-2 Was gilt bei Änderung der Anschrift?

Hat die versicherte Person eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die der versicherten Person gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift der versicherten Person. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung der versicherten Person.