Ein Geschenk für Ihre Gesundheit

Highlights & Wegweiser

FlexMed Privat Premium

Mit der betrieblichen Krankenzusatzversicherung FlexMed Privat Premium können Sie sich auf eine erstklassige Behandlung verlassen. Es gibt keine Wartezeiten. Ihre Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) bleibt bestehen – Sie profitieren darüber hinaus von privaten Zusatzleistungen der AXA Krankenversicherung AG.

Welche Änderungen gibt es für Sie im Hinblick auf künftige Behandlungen oder die Kostenerstattung?

Neben den bestehenden Leistungen Ihrer GKV genießen Sie über AXA einen zusätzlichen TOP-Schutz:*

- ✓ Mit FlexMed Privat Premium werden Sie beim Arzt wie ein privat Versicherter auf dem neuesten Stand der Medizin weit über die gesetzliche Versorgung hinaus behandelt.
- ✓ Im Krankenhaus haben Sie Anspruch auf die Erstattung einer Unterbringung in einer höherwertige Zimmerkategorie sowie Chefarztbehandlung.
- ✓ Beim Zahnarzt werden Ihnen umfangreiche Leistungen im Rahmen von Zahnbehandlungen, -ersatz und -prophylaxe erstattet.

Durch die Unterschiede zwischen den Abrechnungssystemen der GKV und den Privaten Krankenversicherungen (PKV) müssen Sie für einen ambulanten Privatpatientenstatus in das Kostenerstattungsprinzip für ambulante ärztliche Leistungen wechseln. Mit diesem Verfahren gibt es für Sie keine Wartezeiten mehr und auch keine Budgetierungs-zwänge der GKVen.

*Detaillierte Leistungsbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie werden Sie im Handumdrehen Privatpatient im ambulanten Bereich?

Umstellung ins Kostenerstattungsprinzip für ambulante Leistungen

Damit Sie privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können, müssen Sie bei Ihrer GKV die Umstellung in das Kostenerstattungsprinzip für ambulante Leistungen beantragen.** Sie erhalten zukünftig eine Rechnung vom Arzt, welcher direkt mit Ihnen abrechnet, anstatt wie bisher mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

** Ein Muster hierfür finden Sie beiliegend.

Wie erfolgt die Kostenerstattung?

Bitte beachten Sie die Beschreibungen auf den nachfolgenden Seiten. Im Anschluss an Ihre Behandlung erhalten Sie eine Privat-Rechnung und Sie bezahlen diese innerhalb der angegebenen Frist.
Bei der Kostenerstattung von ambulanten Leistungen übersenden Sie bitte zuerst die Rechnung an die GKV.

Damit AXA Ihnen die Kosten erstatten kann, senden Sie uns die Rechnung auf einem dieser Kontaktwege:

Per Mitarbeiterportal/ Leistungs-App:	siehe gesondertes Registrierungsschreiben
Per E-Mail:	bKV-leistung@axa.de
Per Post:	AXA Krankenversicherung AG, Betriebliche Krankenversicherung BKV-Leistung; 50592 Köln

Ihre ambulanten ärztlichen Leistungen

100 % Erstattung der Restkosten nach Vorleistung oder bei Nichterstattung der GKV für:

- ✓ Ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel
- ✓ Gesetzliche Zuzahlungen
- ✓ Psychotherapie (max. 30 Sitzungen im Jahr)
- ✓ Krankenfahrten
- ✓ Vorsorge & Impfungen im gesetzlichen Rahmen
- ✓ Hilfs- und Heilmittel, je bis zu 500 EUR /Jahr
- ✓ Heilpraktikerleistungen, max. 500 EUR/Jahr
- ✓ Sehhilfen, max. 250 EUR alle 2 Jahre

Welche Karte legen Sie bei der Behandlung vor?

Ihre AXA-Versichertenkarte

Ausnahme: Bei einer Arbeitsunfähigkeit (AU) muss auch die GKV-Versichertenkarte vorgelegt werden, damit die AU-Bescheinigung ausgestellt werden kann.

Was müssen Sie bei der Kostenerstattung beachten?

Sie erhalten die anerkennungsfähigen Kosten anteilig sowohl von Ihrer GKV als auch von AXA erstattet.

Wie erfolgt Ihre Kostenerstattung?

Der Arzt erstellt aufgrund der Umstellung ins Kostenerstattungsverfahren eine Rechnung, die Sie zuerst bei der GKV und im Anschluss bei AXA einreichen.

GKV	AXA
Die GKV erstattet die anerkennungsfähigen Kosten gemäß des Leistungsumfangs.	AXA erstattet im Rahmen der Tarifleistung 100% der Restkosten nach Vorleistung oder bei Nichterstattung der GKV.

Ihre Leistungen im Krankenhaus

100 % Erstattung nach Vorleistung der GKV für:

- ✓ Unterbringung in einer höherwertigen Zimmerkategorie
- ✓ Behandlung durch Privatarzt
- ✓ Erstattung der gesetzlichen Eigenbeteiligung im Krankenhaus
- ✓ Nach vorheriger Genehmigung auch Kostenübernahme von Privatkliniken
- ✓ Krankentransport

Welche Karte legen Sie bei der Behandlung vor?

GKV-Versichertenkarte für die allg. Krankenhausleistungen

Ihre AXA-Versichertenkarte für die Wahlleistungen*

Was müssen Sie bei der Kostenerstattung beachten?

Bitte weisen Sie bei der Behandlung darauf hin, dass Sie über die Wahlleistung eine Privat-Rechnung benötigen.

Wie erfolgt Ihre Kostenerstattung?

Das Krankenhaus erstellt eine Rechnung über die Wahlleistung, die Sie bei AXA einreichen.

AXA	GKV
AXA erstattet die Kosten im Rahmen der Tarifleistungen.	Die Grundleistungen eines stationären Aufenthaltes werden über Ihre GKV abgedeckt.

* Wahlleistungen sind Extraleistungen und umfassen die Unterbringung einer höherwertigen Zimmerkategorie sowie die Chefarztbehandlung.

Ihre Leistungen bei einer zahnärztlichen Behandlung

85-90 % Kostenerstattung für:

- ✓ Zahnersatz (z.B. Implantate, Brücken und Prothesen)
- ✓ Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays
- ✓ 90% Kostenerstattung für Kinder/ Jugendliche (wenn Ihre GKV nicht vorleistet)

100 % Kostenerstattung für:

- ✓ Professionelle Zahnreinigung, max. 100 EUR/Jahr
- ✓ Zahnbehandlungen mit Festzuschuss der GKV

Welche Karte legen Sie bei der Behandlung vor?

GKV-Versichertenkarte

Was müssen Sie bei der Kostenerstattung beachten?

Die Rechnung muss den gesetzlichen Festzuschuss der GKV ausweisen, sog. "BEMA Anteil“. Bei Zahnersatz erstellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan, der vor einer Behandlung von der GKV genehmigt werden muss.

Wie erfolgt Ihre Kostenerstattung?

Über den nicht von der GKV übernommenen Betrag erstellt der Zahnarzt eine Rechnung, die Sie AXA einreichen.

AXA	GKV
AXA erstattet im Rahmen der Tarifleistung nach Vorleistung oder bei Nichterstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung.	Einreichung des Heil- und Kostenplans an die GKV und Weiterleitung des genehmigten Plans durch die GKV an den Zahnarzt. Anteilige Kostenerstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung.

Ihr Schutz im Ausland

Ihr neuer Versicherungsschutz gilt in den EU-Staaten sowie im Europäischen Wirtschaftsraum, d.h. Sie sind in derzeit 27 EU-Staaten inklusive Island, Liechtenstein und Norwegen abgesichert. Auch ein medizinisch notwendiger Rücktransport nach Deutschland ist möglich. Für alle anderen Staaten beinhaltet FlexMed Privat Premium eine Auslandsreise-Krankenversicherung für alle Reisen bis zu 56 Tagen.

Ihr Zusatzservice BetterDoc

Im Rahmen Ihrer Absicherung bietet AXA Ihnen über den Kooperationspartner BetterDoc einen unabhängigen Service zur Suche und Vermittlung von Ärzten (für allgemeine Anliegen und zur Erstdiagnose) sowie von Spezialisten (bei schwerwiegenden Erkrankungen für eine Behandlung, Zweitmeinung oder Operation). BetterDoc hilft Ihnen in jeder gesundheitlichen Lage den richtigen Arzt zu finden und kümmert sich um schnellstmögliche Terminvereinbarungen. Weitere Informationen werden Ihnen zu Versicherungsbeginn direkt von BetterDoc zur Verfügung gestellt.

Ihre neue Versichertenkarte

Nach dem Versand der Versicherungsbestätigung erhalten Sie mit einem gesonderten Schreiben Ihre Versichertenkarte von AXA. Alle wichtigen Informationen, wie beispielsweise die Versicherungsnummer oder unsere Kontaktdaten haben Sie somit immer schnell zur Hand.

Wussten Sie schon…?

Mit FlexMed Privat Premium können Sie das kostenfreie Gesundheitstelefon der AXA Krankenversicherung nutzen.

So erhalten Sie Service- und Beratungsleistungen, Informationen zu allgemeinen medizinischen Fragen und Dienstleistungen sowie Auskünfte zu ärztlichen und Apotheken-Notdiensten.

Rufen Sie einfach an: **0221 148-41222**

Datenschutz

Selbstverständlich unterliegen alle Daten den vorgeschriebenen Datenschutz-Richtlinien.
Weiteres erfahren Sie in der Unterlage „Information zur Verwendung Ihrer Daten“.

Haben Sie Fragen?

Nehmen Sie gerne Kontakt mit dem Leistungs-Team der Betrieblichen Krankenversicherung auf.

Per E-Mail: bKV-leistung@axa.de

Per Telefon: 0221 148 23009

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversicherung
50592 Köln, bKV@axa.de, www.axa.de/bkv

Das Wichtigste im Überblick

FlexMed Privat Premium

1 Die Bestätigung Ihres neuen TOP-Schutzes

- Bitte senden Sie uns folgendes Dokument unterschrieben zurück:

  Antrag auf Aufnahme in die Gruppenversicherung und
  Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

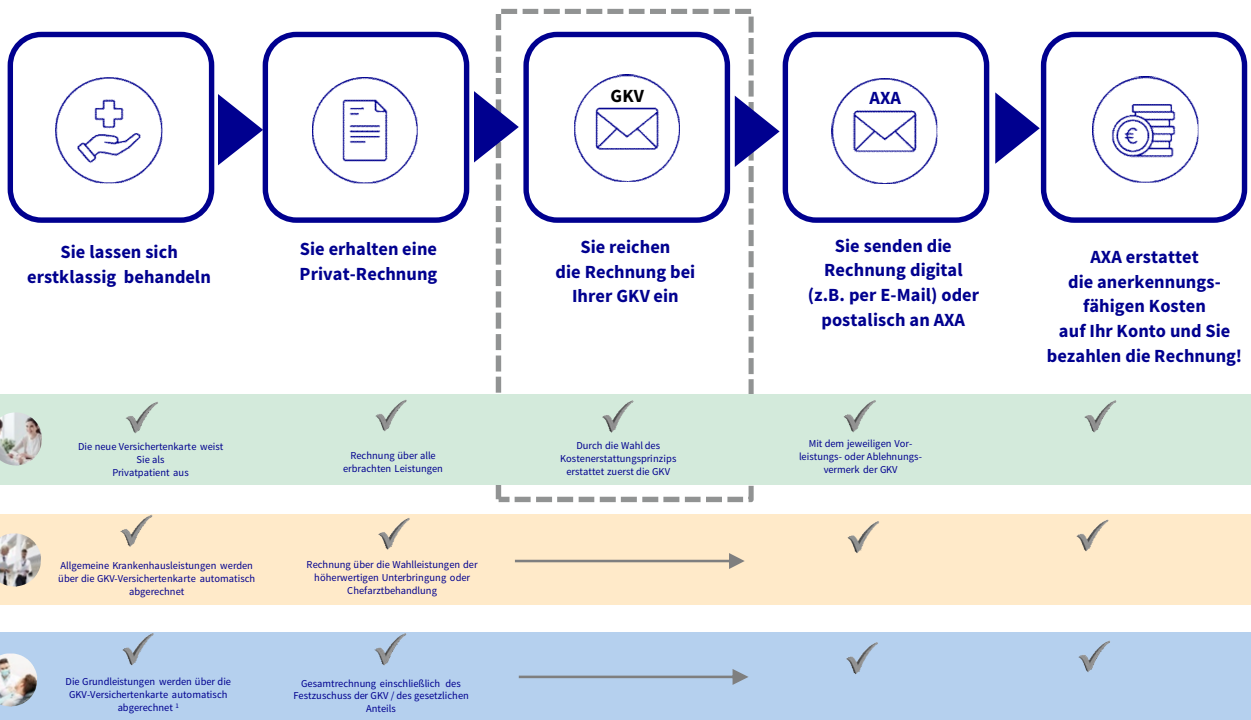
- Im Anschluss schicken wir Ihnen per Post:

  Ihre *Versicherungsbestätigung* sowie eine *persönliche AXA-Versichertenkarte*

2 Umstellung in das Kostenerstattungsprinzip für ambulante Leistungen

- Für eine Behandlung als Privatpatient beim Arzt beantragen Sie mit unserem Vordruck bei Ihrer GKV die Umstellung in das Kostenerstattungsprinzip für ambulante Leistungen.

3 Die Kostenerstattung für medizinisch notwendige Behandlungen im Überblick



[1] Bei Zahnersatz erstellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan, der vor einer Behandlung von der GKV genehmigt werden muss.

Ihre Ansprechpartner

BKV Vertragsverwaltung
AXA Krankenversicherung AG

0221 148 33922
bkv-betrieb@axa.de

Ihr Service-Team für alle Fragen rund um den Tarif FlexMed Privat Premium

BKV Leistungsabrechnung
AXA Krankenversicherung AG

0221 148 23009
bkv-leistung@axa.de
AXA Krankenversicherung
BKV Leistung PCEB-KSB
51067 Köln

Ihr Kontakt für Fragen zu konkreten Leistungen oder Arztbesuchen

Auslandshotline
AXA Krankenversicherung AG

0221 148 36525
Notieren Sie bitte für eine Notfall-Unterstützung im Ausland Ihre Versicherungsnummer

24-Stunden-Notrufnummer für Unterstützung im Ausland

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversicherung
50592 Köln, bKV@axa.de, www.axa.de/bkv

Das Mitarbeiterportal inkl. Leistungs-App von AXA

Digital, effizient & einfach

Sie wollen Ihre neue Zusatzversicherung einfach und unkompliziert verwalten?
Dann nutzen Sie unser **Mitarbeiterportal von AXA**. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie in den nächsten Tagen per Post.

Noch einfacher und sicher mobil?
Nutzen Sie zusätzlich unsere kostenfreie **bKV-Leistungs-App von AXA**.
Arztbelege & -rechnungen mit einem Klick abfotografieren und direkt an AXA übermitteln.

Welchen Service bietet Ihnen das Mitarbeiterportal von AXA?

- ✓ **Vertragsauskunft -** Online Zugriff auf Ihre persönlichen Vertragsdaten, flexibel abrufbar über PC, Tablet und Smartphone.
- ✓ **Vertragsänderungen online -** Einreichung von Leistungsabrechnungen & Meldung von Namens- und Adressänderungen direkt online, ohne Unterschrift!
- ✓ **bKV-Leistungs-App -** Einmal auf dem Handy installiert, können Sie Rechnungen schnell und einfach über die App mit Ihrem Smartphone einreichen.

So funktioniert´s

Auf postalischem Wege erhalten Sie in nächster Zeit Ihre Zugangsdaten für die Portalnutzung

Nach erfolgreichem Login, erhalten Sie freien Zugriff auf Ihren bKV Vertrag

Zur Nutzung der bKV-Leistungs-App registrieren Sie Ihr Smartphone im Portal

Laden Sie in Ihrem App-Store die App von eVorsorge[1] runter und verknüpfen diese mit Ihrem Portalzugang

Laden Sie sich schon heute die App von eVorsorge herunter!
Über die QR-Codes gelangen Sie in Ihren entsprechenden App-Store:

Apple-Store **Google-Play-Store**

Eine detaillierte Beschreibung finden Sie auch in Ihrem bKV-Mitarbeiterportal unter der Rubrik Leistungs-App!

[1] Hinweis: Die Leistungs-App wurde in Zusammenarbeit mit eVorsorge entwickelt. Das Design der App basiert auf eVorsorge, erst nach der Verknüpfung mit dem Mitarbeiterportal gelangen Sie in die AXA-Umgebung.

AXA Krankenversicherung AG

per FAX: 0221 – 148 44 62453

per Mail: bkv-antrag@axa.de

Bitte zurücksenden an:

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversicherung
bKV-Betrieb – PCEB-KSB
50592 Köln

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum Geschlecht

Straße und Haus Nr.

PLZ/ ORT

Telefon / E-Mail (für Rückfragen)

Antrag auf Aufnahme in die Gruppenversicherung nach Tarif FlexMed Privat Premium

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer/ Arbeitgeber

Die Aufnahme eines Mitarbeiters in die Gruppenversicherung nach FlexMed Privat Premium (Tarife FlexMed Privat, FlexMed Zahnersatz Premium, FlexMed Zahnbehandlung Premium) ist nur möglich, wenn die im Folgenden vom Versicherer erbetene Bestätigung zum Gesundheitszustand erteilt werden kann.

1. Antragstellung

☐ **Ja, ich stelle einen Antrag auf Aufnahme in die Gruppenversicherung nach FlexMed Privat Premium**

(01.XX.XXXX)

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes:

Die Leistungen der AXA Krankenversicherung AG sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber (Name, Vorname)

BIC

IBAN

Angaben zur Ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung:

Name

Anschrift

Mitgliedsnummer

☐ **Nein, ich stelle keinen Antrag auf Aufnahme in die Gruppenversicherung.**
(Bitte senden Sie diese Unterlage auch an AXA, wenn Sie nicht an der Gruppenversicherung teilnehmen.)

2. Angaben zum Gesundheitszustand

Mir ist bekannt, dass der Abschluss dieser privaten Zusatzversicherung nur erfolgen kann, wenn in den letzten fünf Jahren keine ambulanten oder stationären Behandlungen, Beratungen, Beobachtungen, Untersuchungen, Therapien, Kontrolluntersuchungen oder Operationen aufgrund folgender Erkrankungen durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen stattfanden (ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund):

Krebs, Herzinfarkt, Epilepsie, Multiple Sklerose, Diabetes, Bluterkrankheit, HIV-Infektionen

Wichtiger Hinweis:
Sie gefährden Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann AXA berechtigen, je nach Verschulden vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie der in diesem Antrag enthaltenen gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG entnehmen.

Ich bestätige hiermit, dass keiner der genannten Gründe, die den Abschluss dieser privaten Zusatzversicherung ausschließen, vorliegt.

☐ Ja ☐ Nein

3. Widerruf

Die versicherten Personen haben die Möglichkeit, ihren Antrag auf Aufnahme in die Gruppenversicherung gegenüber dem Versicherungsnehmer oder der AXA Krankenversicherung AG in Textform zurückzunehmen. Die Rücknahme des Antrages auf Aufnahme in die Gruppenversicherung kann innerhalb von 14 Tagen ab Antragsstellung erklärt werden.

Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachfolgenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme nochmals in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. **Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!** Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen oder Körperimplantate, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag – mit Ausnahme einer Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt – unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Soweit diese anderen Bedingungen einen Leistungsausschluss enthalten, erlischt für die ausgeschlossenen Umstände rückwirkend der Versicherungsschutz

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d. h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

AXA Krankenversicherung AG

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

AXA Krankenversicherung AG
bKV-Betrieb – PCEB-KSB
50592 Köln
Fax 0221 148 4462453
E-Mail: BKV-Antrag@axa.de.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilskonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur ggf. vereinbarten Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die AXA Krankenversicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die AXA Krankenversicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Die AXA Krankenversicherung AG wird Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die AXA Krankenversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der ggf. durchgeführten Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigen des Vertrages einfordern.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG

Die AXA Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die AXA Krankenversicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der ggf. vereinbarten Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die AXA Krankenversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die AXA Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die AXA Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die AXA Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungs-vermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Die Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte sind Ihrer Erstausstattung an Informationsmaterial beigefügt. Unsere allgemeine Informationen zu unseren Datenschutzhinweisen in ihrer jeweils aktuellen Fassung finden Sie auch auf unserer Internet-Seite unter: www.axa.de/datenschutz

Abschlusshinweise und Unterschriften

Mir ist bekannt, dass

- mein Arbeitgeber lediglich die Information erhält, ob ich an der Gruppenversicherung teilnehme oder nicht. Nehme ich nicht teil, erfährt mein Arbeitgeber den Grund dafür nicht.
- die Aufnahme in die Gruppenversicherung mit Übersendung der Versicherungsbestätigung zu dem dort genannten Zeitpunkt erfolgt.

Mit dieser Unterschrift geben Sie zugleich die oben abgedruckte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ab.

☐ Es wird bestätigt, dass die oben genannte Einwilligung in Deutschland unterschrieben wurde.

✘

Datum

Unterschrift

Name und Anschrift des Absenders:

Zum Versand tragen Sie hier bitte die Anschrift Ihrer GKV ein!

Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip für ambulante Leistungen

Meine GKV-Mitgliedsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch die Wahl einer von meinem Arbeitgeber finanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung möchte ich Sie gerne darüber informieren, dass ich eine Umstellung meiner gesetzlichen Krankenversicherung auf das Kostenerstattungsprinzip beantrage und zwar für:

- alle ambulanten ärztlichen Leistungen
- einzelne veranlasste ärztliche Leistungen
  (Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Fahrkosten)

Der Antrag gilt nur für die aufgeführten Bereiche. Die Umstellung soll erfolgen zum: _____

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich an meine Entscheidung zum Kostenerstattungsprinzip mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin.

Benötigen Sie zusätzlich zu diesem Schreiben eine Bestätigung auf einem von Ihnen vorgefertigten Formular, senden Sie mir dieses bitte zu!

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Mitgliedsnummer:

Ich freue mich, wenn Sie mir den Empfang dieses Schreibens und die Umstellung ins Kostenerstattungsprinzip für die gewünschten Bereiche bestätigen.

Vielen Dank und freundliche Grüße

Datum, Unterschrift

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z. B. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, Bevollmächtigte, abweichende Leistungsempfänger etc.) weitergeben. Die aktuelle Version dieser Informationen finden Sie unter www.axa.de/datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

AXA Krankenversicherung AG
bKV-Betrieb
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221 148 33922
E-Mail: bkv-betrieb@axa.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter den oben genannten Kontaktdaten mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@axa.de

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Basis der folgenden gesetzlichen Grundlagen:

- EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO),
- des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG),
- der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie alle weiteren maßgeblichen Gesetze.

Darüber hinaus hat sich AXA verpflichtet, die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ anzuwenden. Darin sind die oben aufgeführten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisiert. Sie können diese im Internet unter www.axa.de/datenschutz nachlesen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir Ihre Angaben, um den Vertrag abzuschließen und um das Risiko, das wir übernehmen, einzuschätzen. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten um den Vertrag durchzuführen, z.B. um den Versicherungs-schein (Police) und die Rechnungen zu erstellen. Tritt ein Schaden ein, benötigen wir Ihre Angaben, um zu prüfen, ob ein Versicherungsfall vorliegt und wie hoch der Schaden ist.

Es ist nicht möglich, einen Versicherungsvertrag abzuschließen und zu bearbeiten, ohne Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten, um versicherungsspezifische Statistiken zu erstellen - beispielsweise um neue Tarife zu entwickeln oder unsere aufsichtsrechtlichen Vorgaben zu erfüllen. Wir nutzen die Daten aller Verträge, die Sie bei einer Gesellschaft von AXA abgeschlossen haben, um die gesamte Kundenbeziehung zu betrachten. So können wir Sie zum Beispiel beraten, wenn es um eine Anpassung oder Ergänzung eines Vertrages, um freiwillige Entscheidungen (Kulanz) oder um umfassende Auskünfte geht. Verarbeiten wir Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sowie bei Schäden, ist die Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Geht es um besondere Kategorien personenbezogener Daten, die besonders schützenswert sind – zum Beispiel um Ihre Gesundheitsdaten, wenn Sie eine Krankenversicherung bei uns abschließen, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 7 DSGVO ein.

Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, geschieht das auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Wir verarbeiten Ihre Daten auch, um die berechtigten Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere in folgenden Fällen erforderlich sein:

- um die IT-Sicherheit und den IT-Betrieb einschließlich Softwaretests (sofern nicht bereits für die Durchführung des Vertrages erforderlich) zu gewährleisten und um Datenmissbrauch zu bekämpfen.
- um unsere Versicherungsprodukte und Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe sowie deren Kooperationspartner zu bewerben und um Markt- und Meinungsumfragen durchzuführen.
- um Straftaten aufzuklären bzw. zu verhindern.
- außerdem nutzen wir Datenanalysen, um erkennen zu können, ob ein Versicherungsmissbrauch und mögliche Regressansprüche vorliegen und darauf hinzuweisen.
- um das Risiko innerhalb des Unternehmens sowie des AXA-Konzerns insgesamt zu steuern,
- um die Geschäfte zu steuern und um Prozesse, Dienstleistungen und Produkte weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um gesetzliche Verpflichtungen zu erfüllen. Dazu zählen

- aufsichtsrechtliche Vorgaben der Bafin und anderer Behörden
- handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten,
- unsere Beratungspflicht,
- unsere internen Kontrollsysteme zur Wirtschafts- und Steuerprüfung durch unabhängige Berater,
- die Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung und
- Anfragen von Behörden oder anderen öffentlichen Stellen zu beantworten wie z.B. Gerichte.

Als Grundlage dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO. Verarbeiten wir in diesem Zusammenhang besondere Kategorien von Daten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO, gilt Ihre erteilte Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g oder f DSGVO.

Ist es für den jeweiligen Zweck ausreichend und rechtlich zulässig, pseudonymisieren und/oder anonymisieren wir Ihre personenbezogenen Daten. Eine Anonymisierung von personenbezogenen Daten findet insbesondere statt, wenn wir

- Statistiken und Prozesse der Geschäftssteuerung auswerten,
- die softwaregestützte Verarbeitung von Daten prüfen und optimieren und dabei technische Fehler beheben,
- personenbezogene Daten löschen, um unsere datenschutzrechtlichen Pflichten zu erfüllen,
- Hard- und/oder Softwaretests durchführen sowie fachlichen Tests abnehmen und
- unseren Dienstleistern, Verbänden und Forschungszentren Daten zur Verfügung stellen.

Abhängig von den oben genannten Zwecken ist die Rechtsgrundlage für die Pseudonymisierung bzw. Anonymisierung regelmäßig unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO), die Umsetzung einer gesetzlichen Verpflichtung (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) oder die Erfüllung des Vertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Ändert sich der Zweck der Nutzung, stellen wir sicher, dass die Anonymisierung mit dem ursprünglichen Zweck der Datenverarbeitung vereinbar und zulässig ist (Art. 6 Abs. 4 DSGVO i.V.m. der ursprünglichen Rechtsgrundlage). Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Für die Pseudonymisierung und/oder Anonymisierung besonderer Kategorien personenbezogener Daten dient Ihre erteilte Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO.

Beabsichtigen wir Ihre personenbezogenen Daten zu einem Zweck zu verarbeiten, der hier nicht aufgeführt ist, informieren wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vorher darüber. Sie finden entsprechende Informationen auf unserer Webseite www.axa.de/Datenschutz.

An welche Kategorien von Empfängern leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Agenturen und Vermittler:

Betreut Sie eine Agentur, werden Ihre bei Abschluss des Vertrages erhobenen Daten (Antrags-, Vertrags- und Schadendaten) dort verarbeitet. Wir übermitteln diese Daten auch an die Agentur, soweit diese Informationen notwendig sind, um Sie in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten optimal zu betreuen.

Datenverarbeitung innerhalb der AXA-Gruppe:
Innerhalb unserer Unternehmensgruppe gibt es spezialisierte Unternehmen oder Bereiche, die bestimmte Daten aller Unternehmen der Gruppe zentral verarbeiten. Ihre Daten können beispielsweise zur Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:
Um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen, setzen wir zum Teil externe Auftrag-nehmer und Dienstleister ein. Eine Übersicht dieser Unternehmen, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, finden Sie im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.axa.de/datenschutz.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger z.B. Behörden übermitteln, um unseren gesetzlichen Mitteilungspflichten nachzukommen. Das sind beispielweise Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden. Sind Sie in einem Versicherungsvertrag nicht selbst Versicherungsnehmende, sondern mitversicherte Person, ist es in bestimmten Einzelfällen erforderlich, Ihre personenbezogenen Daten an Versicherungsnehmende zu übermitteln. Rechtsgrundlage für diese Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Versicherungsnehmende bildet Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO verbunden mit der gesetzlichen Vorgabe z.B. § 192 Abs. 8 S. 1 VVG.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald wir sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr benötigen. Es kann vorkommen, dass wir personenbezogene Daten für den Zeitraum aufbewahren, innerhalb dessen Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Diese gesetzliche Verjährungsfrist beträgt zwischen 3 und 30 Jahren. Außerdem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Die entsprechenden Nachweis- und Auf-bewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen bis zu 10 Jahren.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann außerdem das Recht zustehen, dass Ihre Daten nur eingeschränkt verarbeitet und Ihnen in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format ausgehändigt werden.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, zu widersprechen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung nutzen. Verarbeiten wir Ihre Daten, um berechtigte Interessen zu wahren, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die dagegensprechen.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Schließt Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter:in eine Gruppenversicherung ab, meldet er Sie bei uns als versicherte Person an. Dafür teilt er uns persönliche Daten wie z.B. Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, geschieht das nur, wenn die EU-Kommission dem Drittland ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt hat oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) bestehen. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau unserer Dienstleister fordern Sie bitte über die oben genannten Kontaktinformationen an.

Übersicht der Dienstleister des AXA Konzerns

Stand 11.08.2022

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen:

- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Direktberatung GmbH
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Versicherung AG
- AXA Services & Direct Solutions GmbH
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG
- Helmsauer & Preuss GmbH
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Pro bAV Pensionskasse AG
- ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung)

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheits-daten
Alle Konzerngesellschaften	ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung	ja
	AXA Group Operations Germany GmbH	Rechenzentrumsbetreiber	ja
	AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen	ja
	AXA Konzern AG	Antrags-, Vertrags-, Leistungs- und Regressbearbeitung, Vermittlerbetreuung	ja
	AXA Logistik & Service GmbH	Post-, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/ Vorgangsbearbeitung	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern u. Dienstleistern	nein
	GIE AXA	Hosting, Datenselektionen	nein
	unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)	ja
AXA Krankenversicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung)	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja[1]
	MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Leistungsbearbeitung der Auslandsreisekrankenversicherungen	ja[1]
	ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement	ja[1]
	ViaMed GmbH	Leistungsprüfung	ja
AXA Lebensversicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung)	Actineo GmbH	Anforderung medizinische Auskünfte	ja[1]
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolicen	nein
	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags-/Leistungsbearbeitung (Zahlungssystem ERGO und Münchner Rück)	ja
	SP Consult AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung	nein
AXA Versicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung) / AXA easy Versicherung AG	Actineo GmbH	Anforderung medizinische Auskünfte, Regressprüfung	ja[1]
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Kreditkarteninhaber, Bestandsverwaltung, Leistungs-bearbeitung für Mietwagen-KFZ-versicherungen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden	ja[1]
	Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen	nein
	ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen	nein
	Versicherungsforen medi-part GmbH	Leistungsbearbeitung	ja[1]

Dienstleisterkategorien, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist und/oder Dienstleistungserbringung erfolgt durch viele verschiedene Dienstleister

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister<u>kategorie</u>	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheits-daten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil[1]
	Ermittler	Betrugsabwehr	ja
	Entsorgungsunternehmen	Abfallbeseitigung	ja
	Gutachter/ med. Experten/Berater	Antrags-/ Leistungs-/ Regressprüfung/Beratung	zum Teil[1]
	Inkassounternehmen/Auskunfteien	Forderungsbearbeitung, Existenznachweis	nein
	IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen/Onlineservices	ja
	Lettershops/ Druckereien	Postsendungen/ Newsletter (E-Mail)	ja
	Marketingagenturen/ -provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Kundenzufriedenheitsanalyse	nein
	Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Rechtsstreitigkeiten, Ermittlungsaktenbeschaffung, sonstige Rechtsdienstleistungen	ja
	Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement	ja
	Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Behebung von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen	nein
	Routenplaner	Schadenbearbeitung/ Terminplanung	nein
	Rückversicherer	Monitoring	ja
	Service-Gesellschaften	Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft (techn. Versicherungen)	nein
	Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in bes. Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung	ja
	Vermittler	Antrags-, Leistungs- u. Schadenbearbeitung, Beratung	zum Teil[1]
AXA Krankenversicherung AG	Heil-/ Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln	ja

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz einsehbar.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie dieser Beauftragung ggf. widersprechen.

[1] ggf. mit separater Einwilligung

Tarifbedingungen (AVB Teil II), Vertragsgrundlage 477 für den Tarif

FlexMed Privat im Rahmenvertrag (RV)

für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Diese Tarifbedingungen (AVB Teil II) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die GKV, (03.2023 / VG 410).

A. Leistung des Versicherer

I. Ambulant

100 %

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach Abzug der Kostenerstattung durch die GKV für im Folgenden abschließend genannte Leistungen.

1. **Ärztliche Versorgung**
   - Ambulante ärztliche Behandlung einschließlich ambulanter Operationen
   - Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme
   - Schutzimpfungen im Rahmen der Empfehlungen des „Ständigen Impfkommission“ (STIKO)
   - Ambulante Psychotherapie bis max. 30 Sitzungen pro Jahr
   - Ambulanter Schwangerschaftsabbruch
   - Ambulante Sterilisation

Erstattungsfähig sind Gebühren für ärztliche Leistungen bis zu den in § 5 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) genannten Höchstsätzen.

2. **Ärztlich veranlasste Leistungen**
   - Arznei- und Verbandmittel
   - Krankenfahrt/–transport zur ambulanten Heilbehandlung
   - Heilmittel bis max. 500,00 EURO pro Jahr
   - Hilfsmittel außer Sehhilfen bis max. 500,00 EURO pro Jahr
   - Sehhilfen bis max. 250,00 EURO innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.

3. **Behandlung durch Heilpraktiker** einschließlich von diesen verordneten Arzneimittel bis max. 500,00 EURO pro Jahr.

II. Stationär

100%

der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet. Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich.

1. **Erstattungsfähig sind die Kosten für:**
   - gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer*,
   - privatärztliche Heilbehandlung – die Kosten für vom liquidationsberechtigten Arzt persönlich erbrachte Leistungen werden im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, wenn eine "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 GOÄ getroffen wurde.
   - Mehrkosten, die gegebenenfalls nach § 39 Absatz 2 SGB V anfallen, weil die versicherte Person ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus wählt.

2. 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3. Ersatzleistungen**

a. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf Zweibettzimmer 20,- Euro.

b. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 20,- Euro.

Für Kinder bis zum 01.01. des Jahres, in dem diese das 20. Lebensjahr vollenden, reduziert sich die Ersatzleistung auf 50 % der genannten Beträge.

4. Einschränkung des Versicherungsschutzes

Für Personen nach C.2. gilt für Entbindungen eine Wartezeit von 8 Monaten - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

III. Auslandsreise

1. Auslandsreisen in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind vom Versicherungsschutz ohne zeitliche Begrenzung nach § 1 Abs. 4 AVB Teil I umfasst.

2. Für die jeweils ersten 56 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Reisen in Staaten, die weder Mitgliedstaaten der Europäischen Union noch Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, werden folgende Leistungen erbracht:

a. Medizinisch notwendige Heilbehandlung

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 % ohne Höchstsatz für:

- ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert;
- Arznei- und Verbandmittel;
- Heilmittel;
- Röntgen-, Strahlenbehandlung und –Diagnostik;
- Krankenhausbehandlung;
- Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;
- schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen.

Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Auslandsreise zum Zwecke der Heilbehandlung durchgeführt wurde oder bei Reiseantritt die Notwendigkeit einer Heilbehandlung vorhersehbar war.

b. Rücktransport / Überführung

Ersatz der Mehrkosten für:

- einen Rücktransport aus dem Ausland bis zu 10.000,00 EURO
- eine Überführung aus dem Ausland bis zu 10.000,00 EURO

Alle Rücktransporte und Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.

Als erstattungsfähig gelten nur die Kosten von Rücktransporten, die medizinisch notwendig sind, ärztlich angeordnet wurden und für die der Versicherer vor dem Rücktransport eine Leistungszusage erteilt hat.

IV. Sonstige Leistungen

100 % der Zuzahlungen nach

1. § 61 Satz 1 und 3 SGB V (Medikamenten- und Heilmittelzuzahlungen)
2. § 61 Satz 2 SGB V (Krankenhauszuzahlungen) bis max. 280,00 EURO pro Jahr.
3. § 13 Abs. 2 SGB V (Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die GKV).

B. Beiträge

Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.

C. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

1. Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen(-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

2. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellten Personen) dieser Mitarbeiter/innen, die Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht.

Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.

D. Sonstige Bestimmungen

I. Selbstbehalte bei der GKV

Selbstbehalte nach § 53 SGB V, die von der GKV bei der Kostenerstattung oder der Sachleistung in Abzug gebracht werden, sind nicht erstattungsfähig und werden bei der Berechnung der tariflichen Leistung in Abzug gebracht.

II. Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen und Kieferorthopädie werden aus diesem Tarif nicht erstattet.

III. Vorrangige Inanspruchnahme der GKV

Voraussetzung für die Bearbeitung und Erstattung von Belegen (Rechnungen, Rezepte usw.) ist, dass diese einen Vorleistungs- oder Ablehnungsvermerk der GKV enthalten, bei der die versicherte Person Mitglied oder Familienmitversicherte ist.

Diese Voraussetzung entfällt, wenn die versicherte Person Ihre Ansprüche gegen die betreffende GKV an die AXA Krankenversicherung AG abtritt und die betreffende GKV ihr Einverständnis hierzu vorab schriftlich erklärt hat.

_____

Gültig ab 05.2020

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz: Oder was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden:

Vertragliche Sonderregelungen für die Dauer der Zugehörigkeit im Gruppenvertrag:

*** Erstattungsfähig sind die Kosten für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.**

**** a. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf das Ein- oder Zweibettzimmer 20,- Euro.**

Ihre Wahl des Kostenerstattungsprinzips in der GKV für den ambulanten ärztlichen Bereich

Um die Leistungen nach A.I., A.IV. für den ambulanten Versicherungsschutz in Anspruch nehmen zu können, wählen Sie bei Ihrer Gesetzlichen Krankenkasse das Kostenerstattungsprinzip. Dieses ist mindestens für jeweils ein Kalendervierteljahr gültig und kann nach Ablauf dieses Zeitraums jederzeit wieder abgewählt werden.

Für die Absicherung der stationären Leistungen nach A.II. bleibt alles wie bisher und Sie können Ihre Versichertenkarte benutzen. Hier leistet die GKV wie gewohnt vor und die AXA Krankenversicherung übernimmt die darüberhinausgehenden beschriebenen Leistungen.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Ambulant:

- Durch die Wahl des Kostenerstattungsprinzips bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse werden Sie bei Ihrem Arzt zum "Selbstzahler", also zum Privatpatienten. Somit wird Ihnen Ihr Arzt eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) schreiben, die vom Gesetzgeber für die Erstattung bei privater ärztlicher Abrechnung vorgeschrieben ist.
- Es können von AXA Krankenversicherung AG nur Rechnungen, Rezepte etc. mit Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bearbeitet werden (auch wenn diese eine Erstattung ablehnt). Bitte reichen Sie deshalb sämtliche Rechnungen, Rezepte, etc. zunächst bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ein und schicken Sie uns diese mit dem Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu.
- Bei jeder Arztrechnung muss die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen.
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden nur dann erstattet, wenn sie vorher ärztlich verordnet wurden.

Stationär:

- Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriums Behandlungen durchführen ("Gemischte Anstalten") und Privatkliniken benötigen Sie auf jeden Fall vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.

Sie haben Fragen zu den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)?

Der Impfkalender gibt einen raschen Überblick zu den empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Diesen finden Sie unter z.B. unter www.rki.de.

Der heiße Draht für Ihre Gesundheit: Das Gesundheitstelefon von AXA
Ein kompetentes Beratungsteam informiert Sie rund um Behandlungsmöglichkeiten, Fachärzte und Spezialisten ganz in Ihrer Nähe, sowie Arzneimittel oder Impf- und Reiseprophylaxe.
Tel.: 02 21 / 148 41 222

Wichtig bei Notfällen im Ausland – die 24-Stunden-Notrufnummer
Bei Notfällen im Ausland oder wenn ein medizinisch notwendiger Rücktransport wird – rufen Sie unsere 24-Stunden-Notrufnummer an:
Vorwahl für Deutschland, i.d.R. (0049) 2 21 / 148 36525
AXA organisiert dann den Rücktransport nach Deutschland

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif

FlexMed Zahnersatz Premium

als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Diese Tarifbedingungen (AVB Teil II) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Tarifreihe FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I), gültig ab 03.2023. Sie ergänzen und ändern die AVB Teil I im nachfolgenden Umfang.

Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistung des Versicherers

1. Leistungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz, Kronen und Inlays

Erstattung der Aufwendungen **jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV).**

85%

der Aufwendungen bei zahnärztlicher Versorgung für

a) den Ersatz fehlender Zähne (z. B. Implantate, Brücken und Prothesen)

b) Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays.

90%

der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen bei zahnärztlicher Versorgung, wenn der Nachweis (z. B. durch ein Bonusheft) erbracht wird, dass in den vorangegangenen fünf Jahren jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erfolgte.

100%

der Aufwendungen für die in Buchstabe a) + b) aufgeführten Behandlungsmaßnahme, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthält (Regelversorgung).

2. Leistungen für medizinisch notwendigen Kieferorthopädie (KfO)

90%

der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung von versicherten Personen,

a) wenn diese vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die GKV hierfür keine Leistungen vorsieht. Soweit die GKV hierfür eine Leistung vorsieht, bis max. 1000,- Euro für die gesamte Vertragslaufzeit.

b) Wenn die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und wenn die Indikation auf einen Unfall zurückzuführen ist.

B. Begrenzung der Leistungen

1. Zahnstaffel*

Die Leistungen des Versicherers gemäß A. sind in den ersten vier Versicherungsjahren insgesamt wie folgt begrenzt:

1. Jahr	1.000 €
1. – 2. Jahr	2.000 €
1. – 3. Jahr	3.000 €
1. – 4. Jahr	4.500 €

Die jeweiligen Behandlungsdaten sind für die Zuordnung zu den Versicherungsjahren maßgeblich. Die Begrenzungen gelten nicht für unfallbedingte Aufwendungen.

2. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung

Werden Leistungen nach A1 und A2 von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.

3. Vorleistung der GKV

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.

Als Vorleistung der GKV gelten auch

- Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat.
- die in der GKV geltenden Eigenanteile des Versicherten bei kieferorthopädischen Behandlungen, die dem Versicherten lediglich bei Abschluss der Behandlung erstattet werden.

4. Wartezeiten

Die Wartezeit für Personen nach D.2. beträgt sechs Monate- gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt bei Unfällen.

C. Beiträge

Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.

D. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

1. Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

2. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellten Personen) dieser Mitarbeiter/innen, die Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht.

Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.

_____

Gültig ab 03.2023

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif FlexMed Zahnersatz Premium oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwände zahlen zum Zahnersatz?

- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie erforderlicher Knochenaufbau,
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, die im Rahmen der oben genannten Zahnersatzmaßnahmen anfallen.
- Keramikverblendungen, bis einschl. dem 6er-Zahn. Im nichtsichtbaren Bereich ab dem 7er-Zahn sind Metallverblendungen zu wählen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei den jeweiligen Zahnersatzmaßnahmen anfallen.

***Vertragliche Sonderregelung im Gruppenvertrag:**

Die Zahnstaffel entfällt für die Dauer der Zugehörigkeit zum Gruppenvertrag.

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif

FlexMed Zahnbehandlung Premium

als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Diese Tarifbedingungen (AVB Teil II) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Tarifreihe FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I), gültig ab 03.2023. Sie ergänzen und ändern die AVB Teil I im nachfolgenden Umfang.

Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung

A. Leistung des Versicherers

A. Leistungen für Professionelle Zahnreinigung und sonstige Zahnprophylaxe, sowie medizinisch notwendige Zahnbehandlung

Erstattung der Aufwendungen **jeweils inklusive der Vorleistung durch eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV).**

100 %

der Aufwendungen bei zahnärztlicher Versorgung für

a) **professionelle Zahnreinigung** und sonstige Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe), begrenzt auf max. 100,-- Euro pro Kalenderjahr

b) **Zahnbehandlung.** Diese umfasst die zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, jedoch keine Leistung für Kronen, Suprakonstruktionen und Inlays.

B. Begrenzung der Leistungen

1. Behandlung von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung

Werden Leistungen nach A b) von Ärzten und Zahnärzten ohne Kassenzulassung erbracht, so werden pauschal 40 % des Rechnungsbetrages als fiktive Leistung der GKV angerechnet.

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.

2. Vorleistung der GKV

Als Vorleistung der GKV gelten auch

- Selbstbehalte, die der Versicherte mit der GKV zur Beitragsreduzierung vereinbart hat.

3. Wartezeit

Die Wartezeit für Personen nach D.2. beträgt sechs Monate- gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt bei Unfällen.

C. Beiträge

Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.

C. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind die Mitarbeiter/Innen der Versicherungsnehmerin, die unter den in § 1 des Gruppen-(rahmen)vertrages bezeichneten Personenkreises fallen und

1. Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen(-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

2. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellten Personen) dieser Mitarbeiter/innen, die Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht.

Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Gültig ab 03.2023

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif FlexMed Zahnbehandlung Premium oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Welche Aufwendungen zählen zur Zahnbehandlung?

- Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen
- Wurzelbehandlungen,
- Parodontologische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- Material- und Laborkosten, soweit diese bei der jeweiligen Zahnbehandlung anfallen.

Welche Aufwendungen zählen zur professionellen Zahnreinigung / Zahnprohylaxe?

- Entfernung weicher und harter Beläge, Reinigung der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne,
- Fluoridierung, Fissurenversiegelungen,
- Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Vertragsgrundlage 410

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die GKV-Zusatzversicherung (AVB Teil I)

Stand: 03.23

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus diesen AVB Teil I oder AVB Teil II nichts anderes ergibt - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) Sterilisation und nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch,

c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

d) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I und Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, sofern der Tarif keine anderweitige Regelung vorsieht.

a) Bei einem Auslandsaufenthalt in einem der unter Abs. 4 genannten Staaten werden im Rahmen der tariflichen Leistungen für Krankheitskostentarife auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.

b) Sofern in einem Tarif Kostenerstattung für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus vorgesehen ist, werden auch Überführungskosten aus einem der unter Abs. 4 genannten Staaten in das Heimatland bis zu 5.200,- Euro erstattet.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten, sofern der Tarif dies vorsieht. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der 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 darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

§ 2a Versicherungsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, soweit es nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt wird.

§ 2b Wartezeiten

Es sind keine Wartezeiten vereinbart, es sei denn der Tarif sieht etwas anderes vor.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie sonstiger Heilbehandler frei. Als sonstige Heilbehandler gelten freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

a) Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

b) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

c) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

d) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten und Hebammen sowie Gebührenverzeichnissen für Heilpraktiker aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

   Dies gilt nicht für Behandlungen im Ausland. Zugrunde gelegt werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

a) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nährmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

b) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin.

c) Als Hilfsmittel gelten Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

a) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

b) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

c) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach Ziffer 1 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

d) Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(7) Im ersten Versicherungsjahr beträgt ein Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet.

Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8).

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.
   Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind. § 4 (3) bleibt hiervon unberührt;

b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war.
   Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;

c) für solche Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Todschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat;

d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

e) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

g) für ambulante Kurbehandlungen, mit Ausnahme der Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneimittel, Heilmittel und Kurtaxe;

h) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

i) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

- Nachweise:

a) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.
Die Belege der in § 3 Abs. 2 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

b) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

c) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) 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 diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden 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, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(5) Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen. Im Übrigen können Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen von den Leistungen in Abzug gebracht werden.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 6 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 7 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), jedoch nicht nach Art der Lebensversicherung, und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 7 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit

erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) 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) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.
Dies gilt nicht für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die außerordentliche Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 18 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) 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.

§ 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen des geänderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei 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.

Gültig ab 03.23

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Stand: 1.09

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts-oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang bei Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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 der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Tarifreihe FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I)

Stand: 03.23

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus diesen AVB Teil I oder AVB Teil II nichts anderes ergibt - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) Sterilisation und nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch,

c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

d) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I und Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, sofern der Tarif keine anderweitige Regelung vorsieht.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten, sofern der Tarif dies vorsieht. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der 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 darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

§ 2a Versicherungsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, soweit es nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt wird.

§ 2b Wartezeiten

Es sind keine Wartezeiten vereinbart, es sei denn der Tarif sieht etwas anderes vor.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie sonstiger Heilbehandler frei. Als sonstige Heilbehandler gelten freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

a) Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

b) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

c) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

d) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten und Hebammen sowie Gebührenverzeichnissen für Heilpraktiker aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat

solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Dies gilt nicht für Behandlungen im Ausland. Zugrunde gelegt werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

a) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nährmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

b) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin.

c) Als Hilfsmittel gelten Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

a) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

b) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

c) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach Ziffer 1 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

d) Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(7) Im ersten Versicherungsjahr beträgt ein Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet.

Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8).

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind. § 4 (3) bleibt hiervon unberührt;

b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;

c) für solche Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Todschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat;

d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

e) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

g) für ambulante Kurbehandlungen, mit Ausnahme der Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneimittel, Heilmittel und Kurtaxe;

h) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

i) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, dass medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

- Nachweise:

a) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.
Die Belege der in § 3 Abs. 2 genannten Behandler müssen Namen und

Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der

angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

b) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

c) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) 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 diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden 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, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(5) Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen. Im Übrigen können Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen von den Leistungen in Abzug gebracht werden.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 6 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 7 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), jedoch nicht nach Art der Lebensversicherung.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 7 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 5 Abs. 3) 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) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.
Dies gilt nicht für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen

oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die außerordentliche Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 18 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) 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.

§ 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen des geänderten Verhältnisses angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei 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.

Gültig ab 03/23

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Stand: 1.09

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraus sichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang bei Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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 der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.