



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif SZU (Stationäre Zusatzversicherung) (KV396\_201308)

## § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf durch einen Unfall bedingte medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen der versicherten Person in Deutschland.

(3) Tarif SZU bietet Versicherungsschutz für die unter § 5 aufgeführten Leistungen.

(4) Versicherungsfähig sind grundsätzlich Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, 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.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

## § 3 Abschluss und Dauer des Vertrages

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif für die Dauer von zwei Versicherungsjahren (siehe Abs. 2) abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

## § 4 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

## § 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einem aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt in Deutschland werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen erstattet. Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses sowie der vom Krankenhaus gesondert angebotenen besonderen Verpflegung) und die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOA).

(2) Werden bei vollstationären Heilbehandlungen in Deutschland weder die Kosten für eine Unterkunft im Zweibettzimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt. Wird bei einer aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen teilstationären Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls hat die versicherte Person in Deutschland freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

(5) Bei einer unfallbedingten medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung außerhalb Deutschlands wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR gezahlt.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

## § 6 Definition des Unfallbegriffs

Ein Unfall liegt vor,

a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet,

oder

b) wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt, angerissen oder zerrissen werden.

## § 7 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Unfälle und deren Folgen;

b) für Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt sind und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

c) für stationäre psychotherapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlungen;

d) für Unfälle, die ursächlich

- auf Geistes- und Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Anfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, beruhen, sofern diese Störungen oder Anfälle nicht durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß § 6 verursacht waren,

- auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen,

- auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Personen beruhen,

- im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt,

- auf der Ausübung risikoreicher Sportarten wie z. B. Skispringen, Tauchen, Drachenfliegen, Motorrennsport, Boxen, Vollkontaktkarate, Rugby, Free Climbing, Bungee-Jumping oder Flugsport beruhen.

e) für Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen sowie Zeckenbissen;

f) für Bauch- oder Unterleibsbrüche;

g) für Schäden an Bandscheiben, sofern nicht ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß § 6 Absatz a die überwiegende Ursache ist;



- h) für Behandlungen in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach 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;
- i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder;
- k) bei einer als Folge eines Unfalls bedingten Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 2 und 3 SGB XI oder bei einer durch Verwahrung bedingten Unterbringung.

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

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

## § 8 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

(2) Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum.

(3) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung alsbald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

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

(5) 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.

(6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen werden nicht in Rechnung gestellt, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 9 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - grundsätzlich mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis jedoch aufgrund einer Kündigung durch den Versicherer gemäß § 16 Abs. 1, so besteht für schwebende Versicherungsfälle bis zum Ende der stationären Heilbehandlung (Entlassung aus dem Krankenhaus), die zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung durchgeführt wird, weiterhin Versicherungsschutz.

## § 10 Beitragszahlung

(1) Der Versicherer erhebt Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

- 1 % bei 1/4-jährlicher Zahlung,
- 2 % bei 1/2-jährlicher Zahlung,
- 4 % bei jährlicher Zahlung gewährt.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

(3) 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 nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags 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.

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

## § 10a Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 40 Jahren, 41 bis 60 Jahren, 61 bis 80 Jahren sowie ab 81 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21., 41., 61. und 81. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

## § 10b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Behandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

## § 11 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 8 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs 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 die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung mit Anspruch auf Erstattung von Wahlleistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

## § 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 11 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer 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.

## § 13 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 Forderungsübergangs 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem 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.

#### § 14 Aufrechnung

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

#### § 15 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines Versicherungsjahres (vgl. § 3 Abs. 2), frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund des Wechsels der versicherten Person in eine andere Altersgruppe gemäß § 10a, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 10b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung bzw. Änderung kündigen.

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

(5) 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### § 16 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis einmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres (vgl. § 3 Abs. 2) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 15 Abs. 5 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### § 17 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) Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt Lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 4 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

#### § 18 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

#### § 19 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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(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.

#### § 20 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten 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.

#### § 21 Sonstiges

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), der insbesondere die in den AVB erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigefügt.



## ANHANG

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

#### Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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 Abschlagszahlung in Höhe des Betrages 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.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

#### § 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 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 vom 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 die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

#### § 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 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder 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 von 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.