

Der Versicherungsvorschlag beläuft sich auf:

KlinikGesund Komfort 538

Versicherte Leistungen im Tarif	
100 %	Privatärztliche Behandlung (Chefarzt) und belegärztliche Behandlung
100 %	Zuschlag für Unterbringung im Zweibettzimmer
100 %	Krankenhaus-TG 50 EUR bei Verzicht auf Privatarzt (Chefarzt), Belegarzt
100 %	Krankenhaus-TG 30 EUR bei Verzicht auf Wahlleistung bessere Unterbringung
100 %	Ambulante Operationen im Krankenhaus incl. vor- und nachstat. Behandlung
100 %	Medizinisch notwendige Transporte, max. 300 EUR je KH-Aufenthalt
100 %	Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR bis zu 28 Tage je Versicherungsjahr

Wichtige Hinweise und Erklärungen:

Sie haben folgende Erklärungen abgegeben:

- **Erklärung für die zu versichernde Person:**

KlinikGesund

Es besteht für die zu versichernde Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder auf freie Heilfürsorge.

Der von Ihnen gewünschte Versicherungsschutz wird durch folgende Tarife des Münchener Verein abgesichert:

Tarif 538 KlinikGesund Komfort

- ✓ **Freie Krankenhauswahl**
Die versicherte Person hat 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 die stationäre Behandlung in einer gemischten Krankenanstalt durchgeführt wird, bedarf dies der vorherigen schriftlichen Zustimmung, soweit dies nicht nach den Tarifbedingungen KlinikGesund Komfort 538 entbehrlich ist.
- ✓ **100 % privatärztliche Behandlung (Chefarzt) und belegärztliche Behandlung**
Erstattet werden die Kosten für gesondert vereinbarte privatärztliche und belegärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf. Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen.
- ✓ **100 % Wahlleistung für gesondert berechenbare Unterkunft**
Erstattet werden die Kosten für vereinbarte und gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.
- ✓ **100 % Ersatzkrankenhaustagegeld**
Bei Nichtinanspruchnahme der privatärztlichen oder belegärztlichen Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 50 EUR. Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft erhält die versicherte Person 30 EUR.
- ✓ **100 % Ambulante Operationen und vor- und nachstationäre Behandlung**
Für ambulante Operationen werden die gesondert berechenbaren privatärztlichen und belegärztlichen Leistungen sowie Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt im Krankenhaus erbracht werden.
Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. einer ambulanten Operation anfallende medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind im Zeitraum 5 Tage vor Beginn und 14 Tage nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation zu 100 % erstattungsfähig.
- ✓ **100 % Transporte zum und vom Krankenhaus**
Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus innerhalb Deutschlands bis maximal 300 EUR je Aufenthalt.
- ✓ **100 % Rooming-In**
Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für medizinisch notwendiges Rooming-In (gesondert berechenbare Kosten für die Begleitperson).
- ✓ **100 % Komfortleistungen**
Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung durch das Krankenhaus in Rechnung gestellte Komfortleistungen (verbesserte Verpflegung durch das Krankenhaus, Bereitstellungskosten für Telefonanschluss, WLAN, TV und Radio).
- ✓ **100 % Kurtagegeld**
Für eine Kur wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR bis zu 28 Tage je Versicherungsjahr erstattet, wenn eine stationäre Heilbehandlung vorausgegangen ist und die Maßnahme binnen 14 Kalendertagen nach der Entlassung begonnen wurde. Dieser Anspruch besteht, soweit nicht aus Buchstabe C.1 bis C.3 der Tarifbedingungen KlinikGesund Komfort 538 geleistet wird.

- ✓ **Keine Wartezeit**
- ✓ **Weltweite Leistung**

Die Erstattung ist begrenzt auf die Höhe der Kosten, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland entstanden wären, soweit nicht eine gesonderte schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.
- ✓ **Leistungsausschluss**

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen. Insbesondere wird keine Leistung erbracht für die Behandlung der Schwangerschaft, für die Entbindung und für die Behandlung von Komplikationen während der Schwangerschaft und Entbindung.
- ✓ **Vorleistung GKV bzw. freie Heilfürsorge**

Leistet die gesetzliche Krankenversicherung bzw. freie Heilfürsorge vor, wird dieser Betrag von den erstattungsfähigen Kosten in Abzug gebracht.
- ✓ **Tarifumstellung**

Das Versicherungsverhältnis nach Tarif KlinikGesund Komfort 538 endet spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet hat.
Der Tarif KlinikGesund Komfort 538 ist ohne Rückstellung für das Alter kalkuliert.
Er kann jederzeit in den Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 umgestellt werden, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist.
Im Falle einer Umstellung wird der Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit vereinbart.
Mit Vollendung des 55. Lebensjahres bzw. spätestens des 59. Lebensjahres wird der Tarif KlinikGesund Komfort 538 automatisch zum 1. Januar des nächsten Jahres in den Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 umgestellt. Näheres zur Umstellung und deren Auswirkung entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen.
- ✓ **Beitragsraten**

Für Personen, die das 5., 15., 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Bitte beachten Sie: In Tarif KlinikGesund (538, 539, 739, 838) ist für nachfolgend aufgeführte Person(en) eine Gesundheitsprüfung erforderlich:

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz im Tarif KlinikGesund ohne Alterungsrückstellungen (Tarife 538 und 539). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung, den Bedingungen des Tarifs KlinikGesund Komfort (Tarif 538) und den Bedingungen des Tarifs KlinikGesund Premium (Tarif 539), dem Antrag auf Abschluss der Krankheitskostenversicherung und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre private Krankenzusatzversicherung für Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder freie Heilfürsorge haben. Gegenstand des angebotenen Vertrages ist ein Tarif, der die Leistungen der GKV und der freien Heilfürsorge im stationären Bereich ergänzt. Es besteht außerdem eine Option auf Wechsel in einen entsprechenden Tarif mit Altersrückstellungen.



Was ist versichert?

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen (siehe Ziffer C der Tarifbedingungen)

- ✓ 100 % der Wahlleistung Zweibettzimmer (Tarif 538) bzw. Ein- oder Zweibettzimmer (Tarif 539)
- ✓ 100 % der Wahlleistung privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf
- ✓ 100 % der belegärztlichen Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf
- ✓ Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztlicher oder belegärztlicher Behandlung bzw. der Wahlleistungen für gesondert berechenbarer Unterkunft erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld
- ✓ 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen und bei vor- und nachstationären Behandlungen
- ✓ Transportkosten bei stationärer Behandlung bis 300 € je Aufenthalt
- ✓ Medizinisch notwendiges Rooming-In (gesondert berechenbare Kosten für Begleitperson)
- ✓ Kurtagegeld von 20 € (Tarif 538) bzw. 50 € (Tarif 539) bis zu 28 Tage je Versicherungsjahr bei Antritt binnen 14 Kalendertagen nach einer stationären Behandlung
- ✓ Option auf Wechsel in einen entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellungen



Was ist nicht versichert?

Im Interesse aller Versicherten müssen wir bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz ausnehmen bzw. eine Erstattung von bestimmten Voraussetzungen abhängig machen. Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen
- ✗ Ist die zu Versichernde bei Antragstellung schwanger, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (insbesondere § 5) und den Tarifbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht erstattungsfähig sind Kosten für ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Maßnahmen
- ! Nicht erstattungsfähig sind anlässlich von Kuren sowie Rehabilitationsmaßnahmen entstehende Kosten

Für bestimmte Leistungen gelten weitere Beschränkungen, die Sie in den Tarifbestimmungen finden.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- ✓ 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 in Deutschland zu erbringen hätte.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die stationäre Zusatzversicherung KlinikGesund können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht.
- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie uns alle geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Es wird empfohlen, uns im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Im Leistungsfall haben Sie nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Sollten sich Ihre Kontaktdaten oder Ihre Bankverbindung ändern, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.
- Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Danach richten sich die Beiträge nach dem Erreichen der jeweils nächst höheren Altersgruppe.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschriftzugermächtigung. Wartezeiten sind nicht zu erfüllen.
- Sie können jederzeit die Option auf Umstellung in den entsprechenden Tarif KlinikGesund mit Alterungsrückstellungen wahrnehmen.
- Spätestens zum 1. Januar nach Vollendung des 59. Lebensjahres erfolgt automatisch die Umstellung in den entsprechenden Tarif KlinikGesund mit Alterungsrückstellungen. Wünschen Sie dies nicht, können Sie Tarif KlinikGesund mit Alterungsrückstellungen binnen drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV bzw. dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge.
- Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf 24 Monate. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmittlung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.

Vertragsinformationen zur stationären Ergänzungsversicherung nach Tarif KlinikGesund Komfort 538 und Tarif KlinikGesund Premium 539

Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller.

Die Postadresse unserer Direktion lautet **Pettenkofenstr. 19, 80336 München**. Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-1501, E-Mail: info@muenchener-verein.de

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkofenstr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung und die Tarifbestimmungen KlinikGesund Komfort (Tarif 538) und KlinikGesund Premium (Tarif 539)** zu Grunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit** und **Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschriftinzugsverfahren. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gültigkeitsdauer der Informationen:

Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages

Das Versicherungsverhältnis kommt nicht bereits bei Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. oder der Übersendung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheines, sofern die Beiträge von Ihrem Konto im Lastschriftinzugsverfahren abgebucht werden können und Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkofenstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Vertragsdauer / Kündigung

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf 24 Monate. Sie können das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Vertragsrecht und -sprache

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages legen wir das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Im Rahmen des Abschlusses sowie für die Dauer des Vertragsverhältnisses kommt ausschließlich die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

Ombudsmann für die Private

Kranken- und Pflegeversicherung

Glinkastraße 40, 10117 Berlin

Tel. 0800/2 55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder von einer solchen Stelle entschieden wurde.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pkv-ombudsmann.de.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

zu wenden.

100 05 91/00 (06.21)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Allgemeine Grundsätze für den Versicherungsvertrag
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3	Wartezeiten
§ 4	Umfang der Leistungspflicht
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistung
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes
§ 8	Beitragszahlung
§ 8 a	Beitragsberechnung
§ 8 b	Beitragsanpassung
§ 9	Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung
§ 10	Aufrechnung
§ 11	Ende der Versicherung
§ 12	Gerichtsstand
§ 13	Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 1 Allgemeine Grundsätze für den Versicherungsvertrag

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
2. 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) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen, den Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Der Versicherungsvertrag unterliegt ausschließlich deutschem Recht.
4. Die Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung ergänzen, können abgeschlossen und aufrechterhalten werden, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht oder bei einem Anspruch auf truppenärztliche Versorgung.
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 in Deutschland zu erbringen hätte.
6. Den Versicherungsantrag nimmt der Versicherer mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Bei Antragstellung über das Internet kommt der Vertrag im Übrigen online zustande, wenn die Beiträge vom Konto des Verpflichteten im Lastschriftinzugsverfahren abgebucht werden können.
7. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
8. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
9. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3) einzuhalten. 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) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschriftinzugsermächtigung (Online-Abschluss) 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 oder in Wartezeiten 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 zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Geburt bestehende Anomalien und Erbkrankheiten sind ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeiten vom Versicherungsschutz umfasst.
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.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt:
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand auf einem Formblatt des Versicherers vorgelegt wird. Die Kosten dafür trägt der Versicherungsnehmer.

5. Gehen die ärztlichen Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
7. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel aus einem Tarif mit vergleichbaren Leistungen wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen und dem Versicherungsschein.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
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.
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 Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
6. Der Versicherer leistet im vertraglichen 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 Erfolg versprechend 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. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro 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.
8. 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.
9. Zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erstattungen Dritter ist der Anspruch aus dem jeweils versicherten Tarif auf 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.

Als Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Betrag, den diese als Erstattungsbetrag ansetzt. Hat die versicherte Person mit der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu tragende Eigenanteile (z.B. Verwaltungskosten, Selbstbehalte) vereinbart, werden diese nicht erstattet. Die Eigenanteile werden bei der Berechnung des erstattungsfähigen Betrages wie eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Entsprechendes gilt auch für eine eventuell zu zahlende sog. Praxisgebühr.

Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind zuerst die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen.

10. Kosten für eine ärztliche oder zahnärztliche Heilbehandlung im Ausland sind insoweit erstattungsfähig, als diese auch entsprechend den jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen (GOZ, GOÄ) im Rahmen der dort festgelegten Höchstsätze berechnet werden dürfen.
11. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

§ 5 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 verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, die Ausreise nicht möglich ist.
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung 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 Versiche-

rungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet.

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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die Kostenbelege sind immer zuerst der GKV, dem Träger der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Der Versicherer benötigt zur Leistungsprüfung die Zweitschriften zusammen mit dem Erstattungsvermerk oder die Originalbelege.

Die Kostenbelege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die Behandlungs- und die Bezugsdaten sowie die einzelnen erbrachten Leistungen enthalten.

Die Belege gehen mit der Leistung in das Eigentum des Versicherers über.

2. In ausländischer Währung entstandene, erstattungsfähige Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Kostenbelege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Eurowechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt sind, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, nach dem jeweils neuesten Stand. Stattdessen kann aber auch durch Bank- oder Kreditkartenbeleg nachgewiesen werden, dass die zur Zahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben oder abgerechnet wurden.

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennt. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann der Versicherungsnehmer selbst die Leistungen verlangen.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können im Übrigen ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn eine der Voraussetzungen des § 1 Absatz 4 nicht mehr gegeben ist. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.
2. Der Versicherungsschutz endet - auch für laufende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 8 Beitragszahlung

1. Die Beitragsrate ist dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen. 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. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren. 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. Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Sobald eine Person ein im jeweiligen Tarif festgelegtes höheres Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
6. 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 von Mahnkosten und Portokosten verpflichtet.
7. 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 aufgrund 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. Der Versicherer verzichtet auf das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung gemäß § 19 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang), wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

8. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
9. Für den Einschluss von Vorerkrankungen können Zuschläge zum Tarifbeitrag (Risikozuschläge) vereinbart werden.

§ 8 a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge 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 b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder 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 Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, Höchstleistungsbeträge (Leistungshöchstgrenzen) und Pauschalleistungen angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen, Höchstleistungsbeträgen und Pauschalleistungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers hin jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Auf Verlangen des Versicherers haben der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen.

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

2. Haben der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen Ersatzanspruch gegenüber Dritten, so besteht - unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs - 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.
3. Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person der Mitwirkungsverpflichtung nicht nachkommen, ist der Versicherer unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person der Pflicht zur Wahrung eines Ersatzanspruchs nach § 9 Absatz 2 oder eines zur Sicherung dieses Anspruchs dienenden Rechts nicht nachkommen. Der Versicherer ist dann insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als er aus diesem Grund keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Gleiches gilt im Falle der fehlenden Mitwirkung bei der Durchsetzung des Anspruchs.

Das gilt nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Im Falle der grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 10 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 11 Ende der Versicherung

1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen oder Tarife ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats kündigen.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge bzw. auf truppenärztliche Versorgung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt.
3. Die mitversicherten Personen haben im Falle der Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder nach seinem Ableben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist dem Versicherer gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.
4. Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
5. Das Versicherungsverhältnis endet für eine versicherte Person im Übrigen mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV bzw. mit dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge oder truppenärztliche Versorgung. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.

§ 12 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.

§ 13 Änderung 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 als 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 Vertrages 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.

Anhang

§ 1 Lebenspartnerschaftsgesetz

Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

§ 19 Versicherungsvertragsgesetz

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 des Versicherers 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 Gefahrabsicherung 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 Abs. 1 – 4 Versicherungsvertragsgesetz

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 Falle einer grob fahrlässigen Verletzung 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 Versicherungsvertragsgesetz

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 Versicherungsvertragsgesetz

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.

Ergänzungsversicherung

**für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung
oder
für Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge**

Tarif KlinikGesund Komfort 538

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Abweichend von § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung (AVB) sind aufnahme- und versicherungsfähig nach Tarif KlinikGesund Komfort 538 Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder auf freie Heilfürsorge besteht.

B. Wartezeiten

Die Wartezeiten in der Krankheitskostenversicherung gemäß § 3 AVB entfallen.

C. Leistungen des Versicherers

Die versicherte Person hat freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern gemäß § 4 Abs. 4 AVB. Sofern die stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt im Sinne von § 4 Abs. 5 AVB durchgeführt wird, bedarf dies der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Versicherers, soweit dies nicht nach Buchstabe C.3 d) entbehrlich ist.

Leistet die gesetzliche Krankenversicherung bzw. freie Heilfürsorge vor, wird dieser Betrag von den erstattungsfähigen Kosten in Abzug gebracht.

1. Stationäre und teilstationäre Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten für vereinbarte und gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer sowie gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung (Wahlleistungen) und belegärztliche Behandlung wie folgt

- Zuschlag für Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 %
- privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf zu 100 %
- belegärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf zu 100 %

Unter die erstattungsfähigen Kosten gemäß Satz 1 fallen auch stationäre psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlung sowie Anschlussheilbehandlung.

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztlicher oder belegärztlicher Behandlung erhält die versicherte Person

- ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft erhält die versicherte Person

- ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro

2. Ambulante Operationen und vor- und nachstationäre Behandlung

- a) Für ambulante Operationen werden die gesondert berechenbaren privatärztlichen und belegärztlichen Leistungen sowie Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt im Krankenhaus erbracht werden. Es wird empfohlen, die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.
- b) Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. einer ambulanten Operation anfallende medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation (gemäß Buchstabe C.2 a) sind im Zeitraum 5 Tage vor Beginn und 14 Tage nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation zu 100 % erstattungsfähig.
- c) Nicht erstattungsfähig sind Kosten für ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

3. Weitere Kosten in Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung auch die Kosten für

- a) medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus innerhalb Deutschlands bis maximal 300 Euro je Aufenthalt,
- b) medizinisch notwendiges Rooming-In (gesondert berechenbare Kosten für die Begleitperson),
- c) durch das Krankenhaus in Rechnung gestellte Komfortleistungen (verbesserte Verpflegung durch das Krankenhaus, Bereitstellungskosten für Telefonanschluss, WLAN, TV und Radio).
- d) Abweichend von § 4 Abs. 5 AVB beruft sich der Versicherer auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
 - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder
 - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden, die in jedem Krankenhaus, das die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 AVB erfüllt, in der gleichen Art und Weise hätten durchgeführt werden können.

4. Leistung bei vollstationären Kur- und Reha-Maßnahmen

Nicht erstattungsfähig sind die anlässlich von Kuren (und Entziehungskuren) sowie Rehabilitationsmaßnahmen entstehenden Kosten gemäß Buchstabe C.1 bis C.3, auch wenn sie von einem in § 4 Abs. 2 AVB genannten Behandelnden verordnet sind.

Für eine Kur wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 Euro bis zu 28 Tage je Versicherungsjahr erstattet, wenn eine stationäre Heilbehandlung vorausgegangen ist und die Maßnahme binnen 14 Kalendertagen nach der Entlassung begonnen wurde. Dieser Anspruch besteht, soweit nicht aus Buchstabe C.1 bis C.3 geleistet wird.

5. Leistung im Ausland

Soweit die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung im Ausland nicht alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt des Auslandsaufenthaltes war, sind die versicherten Leistungen gemäß Buchstabe C.1 bis C.4 erstattungsfähig. Die Erstattung ist begrenzt auf die Höhe der Kosten, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland entstanden wären.

Kann im Versicherungsfall die Kostenerstattung oder anderweitige Entschädigung von einem Dritten beansprucht werden, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung nach den Vereinbarungen dieses Tarifs vor. Das gilt auch in den Fällen, in denen mit dem Dritten ebenfalls ein nachrangiger Leistungsanspruch vereinbart ist. Dritte können zum Beispiel die Gesetzliche Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, andere Versicherer oder sonstige Dritte sein.

D. Einschränkung der Leistungspflicht

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies bereits ärztlich festgestellt, sind abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 4 a) AVB alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen. Insbesondere wird keine Leistung erbracht

- für die Behandlung der Schwangerschaft,
- für die Entbindung und
- für die Behandlung von Komplikationen während der Schwangerschaft und Entbindung.

E. Vertragsdauer, Obliegenheiten

1. Abweichend von § 11 Abs. 1 AVB kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.
2. Ergänzend zu § 11 AVB endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif KlinikGesund Komfort 538 spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet hat.
3. Das Ende der GKV-Mitgliedschaft bzw. das Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise anzuzeigen.

F. Tarifumstellung

1. Der Tarif KlinikGesund Komfort 538 ist ohne Rückstellung für das Alter kalkuliert.
Der Versicherungsnehmer kann den Tarif KlinikGesund Komfort 538 jederzeit in den Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 umstellen, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist. Dadurch erhöht sich der Beitrag.
2. Im Falle einer Umstellung wird der Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit vereinbart. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen werden übernommen. Der Beitrag für den neuen Tarif richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.
3. Mit Vollendung des 55. Lebensjahres wird der Tarif KlinikGesund Komfort 538 unter Beachtung von Buchstabe F.2 automatisch zum 1. Januar des nächsten Jahres in den Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 umgestellt. Wünscht der Versicherungsnehmer keine Umstellung, kann er dieser innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Umstellung widersprechen. In diesem Fall wird der Tarif KlinikGesund Komfort 538 bis maximal zur Vollendung des 59. Lebensjahres fortgeführt.

Spätestens mit Vollendung des 59. Lebensjahres wird der Tarif KlinikGesund Komfort 538 zum 1. Januar des nächsten Jahres unter Beachtung von Buchstabe F.2 automatisch in den Tarif KlinikGesund AR Komfort 838 umgestellt. Wünscht der Versicherungsnehmer keine Umstellung des Tarifs, kann er diesen innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen. In diesem Fall endet der Tarif KlinikGesund Komfort 538.

Rechtzeitig vor jeder automatischen Tarifänderung informiert der Versicherer schriftlich über die Umstellung.

G. Beitragsraten

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 5., 15., 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)

Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsabschluss (vorvertragliche Anzeigepflichten)?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Versicherung ergänzen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang seiner Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, 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. Assistance-Gesellschaften bei Versicherungsfällen im Ausland, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. (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 eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. 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.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Falls wir zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Anfrageverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir uns direkt an Sie wenden.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Wir verpflichten 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. Wir benötigen 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Assistance-Dienstleistungen für Versicherungsfälle im Ausland, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Münchener Verein oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung und, soweit erforderlich, auch für die anderen Stellen.

Wir führen 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. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.muenchener-verein.de eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder beim Münchener Verein (089/ 51 52 10 00) 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. 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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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 Münchener Verein Krankenversicherung a.G. 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.

Dienstleisterliste

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
Münchener Verein Lebensversicherung AG
Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste der Dienstleister, die vertragsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und / oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen sind, können Sie gerne der nachfolgenden Auflistung entnehmen.

Gesellschaften der Münchener Verein Versicherungsgruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten der Versicherten in einem gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren nutzen:
Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG, Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Folgende Dienstleister erheben, verarbeiten oder nutzen Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten im Auftrag der Unternehmen der Münchener Verein Versicherungsgruppe:

- **Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG und Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG**

Deutsche Post Direkt GmbH	Adressrecherche
Deutsche Post Adress GmbH & Co KG	Adressrecherche
Dienstleister für Druck, Kuvertierung und Versand	Durchführung von Postversand-Aktionen
IT-Consulting-Firmen	IT-techn. Prozesse/Wartung/Pflege
documentus Bayern GmbH	datenschutzgerechte Akten- und Datenvernichtung
Infoscore Consumer Data GmbH	Bonitätsprüfung
ARA GmbH	externes Call Center

- **Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G.**

IMA Deutschland GMBH	Auslandsassistenz
MedCare, Coral Springs	Auslandsassistenz (Unterstützung bei Fällen mit Auslandsbezug und/oder Rücktransport)
ViaMed GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
IMB Consult GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
Innovas GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
MEDICPROOF GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
Gutachterpool	medizinische und pflegerische Begutachtung
rehaVital Gesundheitservice GmbH	Hilfsmittelversorgung
Hilfsmittelversorger	Hilfsmittelversorgung
GenRe	Rückversicherung
PASS IT-Consulting	Zulagenverwaltung, geförderte Pflegezusatzversicherung
Giesecke & Devrient GmbH	Herstellung Münchener Verein Card für privat Versicherte
Manhillen Drucktechnik GmbH	Pflegekarte

Dienstleisterliste

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
AnyCare GmbH	Assistanceleistungen
MANUTEX GmbH	Assistanceleistungen
almeda GmbH	Assistanceleistungen
Seghorn Inkasso GmbH	Forderungseinzug
IBM Deutschland GmbH	Unterstützung bei der Extraktion von Rechnungsdaten
Victor Deutschland GmbH	Vermittlung-,Bestands-,Leistungsbearbeitung
<p>▪ Für die Münchener Verein Lebensversicherung AG</p>	
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung
Creditreform Ganzmüller, Groher & Kollegen KG	Bonitätsprüfung
New Reinsurance Company Ltd.	Rückversicherung
Munich Re AG	Rückversicherung
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Rückversicherung
Deutsche Post AG Post & Paket Deutschland	Postidentverfahren
XbAV AG	Verwaltungssoftware für bAV-Verträge
xbAV Beratungssoftware GmbH	Beratungssoftware für betriebliche Altersvorsorge
Relntra GmbH	Beratungs- und Reintegrationsdienst
<p>▪ Für die Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG</p>	
ALLYSCA Assistance GmbH	Assistanceleistungen
Reha Assist Deutschland GmbH	Assistanceleistungen
Dr. med. V. Dittrich, EuromedClinic	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung / Beratungsarzt
Gutachterpool	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
E+S Rückversicherung	Rückversicherung
GenRe	Rückversicherung
Scor	Rückversicherung
AXIS RE SE	Rückversicherung
AON	Rückversicherungsmakler
AVUS worldwide claims service GmbH & Co. KG	Auslandsregulierung 4. KH-Richtlinie
AFES AG	Auslandsregulierung 4. KH-Richtlinie
Seghorn Inkasso GmbH	Forderungseinzug

Datenschutzhinweise der Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie und etwaig andere betroffene Personen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die **Münchener Verein Krankenversicherung a. G.** und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z.B. versicherte Personen, Beitragszahler/innen, etc.) entsprechend.

Wer ist verantwortlich für die Datenverarbeitung?

Münchener Verein
Krankenversicherung a. G.
Pettenkofenstr. 19, 80336 München
Telefon: 089 / 5152–1000, Fax: 089 / 5152–1501
E-Mail-Adresse: info@muenchener-verein.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter datenschutz@muenchener-verein.de

Zu welchem Zweck und auf welcher Rechtsgrundlage werden Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Informationen zu den Verhaltensregeln (Code of Conduct) können Sie im Internet unter: <https://www.muenchener-verein.de/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Entscheidung über den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung, Leistungsabrechnung oder Rechnungsstellung.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sind die Regelungen der DSGVO und des BDSG. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) für Vertragszwecke verarbeitet werden, holen wir Ihre Einwilligung ein oder verarbeiten auf Grundlage der DSGVO (z.B. bei der Geltendmachung von Ausgleichsansprüchen bei Mehrfachversicherung).

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Münchener Verein und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungsverpflichtung sowie zur Geltendmachung von Rechtsansprüchen.

Woher beziehen wir Ihre Daten und welche Kategorien von Daten verarbeiten wir?

Neben personenbezogenen Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten, verarbeiten wir – soweit zur Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von für Sie zuständigen Vermittlern/Beratern oder von sonstigen Dritten (z.B. Auskunftsteilen) zulässigerweise (z.B. zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben. Weiterhin verarbeiten wir personenbezogene

Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Handelsregister, Schuldnerverzeichnisse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum) und Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten). Darüber hinaus können dies auch Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein. Im Rahmen der Geltendmachung von Rechtsansprüchen verarbeiten wir erforderlichenfalls auch Gesundheitsdaten.

Welche Empfänger bekommen Ihre personenbezogenen Daten?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer).

Neben Rückversicherern sind auch Vermittler und externe Dienstleister Empfänger personenbezogener Daten. Weitere Informationen zu deren Tätigkeit und dem Umfang und Zweck der Datenübermittlung entnehmen Sie bitte dem Text der Einwilligung- und Schweigepflichterklärung im Antragsformular.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden) sowie andere Versicherer (z.B. bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Welche Betroffenenrechte haben Sie?

Sie können jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Vorausset-

zungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Welches Beschwerderecht haben Sie?

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht,
Promenade 18, 91522 Ansbach.

Tauschen wir Daten mit Ihrem früheren Versicherer aus?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme von Alterungsrückstellungen) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Wie treffen wir automatisierte Einzelfallentscheidungen?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen, den Widerruf und die Kündigung des Vertrages oder die Entscheidung über die Leistungspflicht im Versicherungsfall.

Eine vollautomatisierte Entscheidung erfolgt auf Grundlage mathematisch-statistischer Methoden und, bei der Leistungsentscheidung, nach den Vorgaben der Gebührenordnungen.

Wie holen wir Bonitätsauskünfte ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft (z.B. infoscore) Informationen zur Beurteilung Ihres Zahlungsausfallrisikos ab.

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der postalischen Erreichbarkeit von Personen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Identitätsprüfung, Betrugsprävention, Anschriftenermittlung, Risikosteuerung, Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift(en), Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse(n)), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur postalischen (Nicht-)Erreichbarkeit sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (s. Nr. 4) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im Europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen, Rechtsanwälte sowie Adressdienstleister.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei der ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.“ zusammengeschlossenen Auskunftunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach drei Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Königsstr. 10 a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer -unentgeltlichen- schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie –auf freiwilliger Basis– eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.experian.de/selbstauskunft> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Nrn. 4 u. 5), zu Schuldnerverzeichnis-Einträgen und Insolvenzverfahren (siehe Nrn. 4 u. 5), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekantsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von der ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einschränkung in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Sofern der von mir beantragte Versicherungsbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe nachfolgende Widerrufsbelehrung), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind

100 00 25/02 (12.12)