



Vertragsunterlagen und Verbraucherinformationen zur Basisabsicherung bei Unfall im Krankenhaus mit dem Tarif SZU

Inhaltsverzeichnis für Vertragsunterlagen

- Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Wartezeiten
- Beitragshöhe nach Altersgruppen
- Verbindliche Erklärung des Antragstellers
- Wichtige Hinweise zum Antrag
- Widerrufsrecht
- Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVB (*Anzeigepflicht*) X881_202203
- Datenschutzhinweise mit Dienstleisterliste ISO023_001_202208

Inhaltsverzeichnis für Verbraucherinformationen

- Produktinformationen nach § 4 der Verordnung über Versicherungsverträge (*VVG-InfoV*) KV924_202201
- Informationsblatt nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei der Versicherungsverträgen KV290_202207
- Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift X951_201708
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif SZU (*Stationäre Zusatzversicherung*) KV396_202201



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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, benötigt die jeweils vertragsführende Gesellschaft, die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG – nachfolgend NÜRNBERGER genannt –, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en) und Schweigepflichtentbindung(en) nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne die datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en) und Schweigepflichtentbindung(en) 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 NÜRNBERGER selbst (*unter 1.*),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (*unter 2.*),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER (*unter 3.*) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (*unter 4.*).

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

1. Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein.

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

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

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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



Die NÜRNBERGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NÜRNBERGER 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.nuernberger.de/datenschutz eingesehen oder bei NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NÜRNBERGER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen der NÜRNBERGER 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, kann die NÜRNBERGER 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 die NÜRNBERGER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die NÜRNBERGER 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 die NÜRNBERGER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. 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 die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die NÜRNBERGER gibt 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 NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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, speichert die NÜRNBERGER Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der NÜRNBERGER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Wartezeiten

Im Tarif SZU bestehen keine Wartezeiten.

Beitragshöhe nach Altersgruppe*

Bei Vollendung des 41., 61. bzw. 81. Lebensjahres ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

* Beitrag gemäß heutigem Kalkulationsstand und monatlicher Zahlungsweise

Alter	Beitrag
0 – 40	2,95 EUR
41 – 60	3,55 EUR
61 – 80	5,45 EUR
ab 81	12,35 EUR

Verbindliche Erklärungen des Antragstellers

Bevor Sie das Online-Antragsformular rechtsverbindlich absenden, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die „Wichtigen Hinweise zum Antrag“ und die „Hinweise und Erläuterungen“ zu der Versicherung. Mit dem rechtsverbindlichen Absenden des Online-Antragsformulars erteilen Sie Ihre Zustimmung zu allen vorstehend gesondert hervorgehobenen datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen.

Sämtliche Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit dem Absenden machen Sie diese Erklärungen zum Inhalt Ihres Antrags.



Wichtige Hinweise zum Antrag

1. Versicherungsdauer

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Bei dem Tarif SZU rechnet das erste Versicherungsjahr vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. 12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen wurden mit dem Antragsformular ausgehändigt oder werden bei der Unterbreitung eines Angebots ausgehändigt.

3. Abschluss des Vertrags

Gut zu wissen.

Die Annahme des Antrags durch die Gesellschaft ist abhängig vom Ergebnis der jeweiligen Antrags- und ggfs. Risikoprüfung.

4. Beitragszahlung

Kommt der Versicherungsvertrag zustande, ist der erste Beitrag unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit mir vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (*Folgebeiträge*) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an die Gesellschaft zu zahlen.

5. Beginn des Versicherungsschutzes

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass bei einem Widerruf die Beiträge, die auf die Zeit vor Ablauf der Widerrufsfrist entfallen, von der Gesellschaft einbehalten werden können.

6. Zweitschrift des Antrags

Nach dem Absenden des Online-Antragsformulars kann ich die Aushändigung einer Zweitschrift des Versicherungsantrags an mich verlangen.

7. Geltendes Recht

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht.

8. Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder an den betreuenden Vermittler.

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53
53002 Bonn

9. Versicherungsombudsmann

Unsere Unternehmen sind Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann für die private Krankenversicherung erreichen Sie per

Telefon 0800 2 55 04 44 (*kostenfrei*)*
Fax 030 20 45 89 31

* Verbindungen zu 0800er-Nummern werden nicht von allen Telefondienst- oder Netzanbietern ermöglicht.
Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihren persönlichen Anbieter.

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

10. Entgelt für die Versicherungsvermittlung

Für die Vermittlung eines Versicherungsvertrags erhält Ihr Vermittler bzw. Makler von der NÜRNBERGER in der Regel eine Provision und/oder Courtage bei Abschluss und während der Vertragslaufzeit.

Bei Zuzahlungen während der Vertragslaufzeit können erneut Provisionen und/oder Courtagen für Ihren Vermittler bzw. Makler anfallen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
- diese Belehrung
- das Produktinformationsblatt
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 321i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.



Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg
Fax 0911 531-4116
info@nuernberger.de
www.nuernberger.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, den Sie nach folgender Formel errechnen können: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags.

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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg – Sitz: Nürnberg, Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 10668, Aufsichtsratsvorsitzender: Harald Rosenberger, Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb.

Mehr Infos unter www.nuernberger.de

Deutsche Bank AG Nürnberg, IBAN DE43 7607 0012 0464 1684 00, BIC DEUTDEMM760
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE 81 14 61 880, Versicherungsnummer 800/V20000048803

Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG

Anzeigepflicht

X881_202203

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen der Krankenversicherung gilt.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Habe ich die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt, kann die Gesellschaft dann nicht zurücktreten, wenn sie den Vertrag bei Kenntnis der Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

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

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung hat zur Folge, dass der Vertrag für die Zukunft beendet wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Das Kündigungsrecht ist ebenfalls ausgeschlossen, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer derartigen Krankheitskostenversicherung zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft kein Recht zur Vertragsänderung zu.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4.

Wenn ich den Versicherungsschutz nach dem Krankenversicherungs-Basistarif (§ 152 VAG) habe, prüft die Gesellschaft die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nur, soweit sie für die Zwecke des Risikoausgleichs nach § 154 des VAG oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist.

5. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.



Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die NÜRNBERGER Versicherung* und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

NÜRNBERGER Versicherung*
Ostendstraße 100,
90334 Nürnberg
Telefon: 0911 531-5,
Fax: 0911 531-3206
E-Mail-Adresse: info@nuernberger.de

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

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), 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. Diese können Sie im Internet unter www.nuernberger.de/kundeninformation/umgang-mit-kundendaten abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags 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 oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags 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 oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei einem Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung* bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Datenverarbeitung im Fahrzeug

Jedes Fahrzeug ist mit einer eindeutigen Fahrgestellnummer gekennzeichnet. Diese Fahrzeugidentifizierungsnummer ist auf den gegenwärtigen und ehemaligen Halter des Fahrzeugs rückführbar. Über die Identifikationsnummer Ihres Fahrzeugs (FIN) beziehen wir externe Informationen über die technische Ausstattung Ihres Fahrzeugs. Diese Informationen nutzen wir

- zur Tarifierung,
- zur Werkstattsteuerung im Schadenfall, wenn Sie diese wünschen oder mit uns vereinbart haben,
- in pseudonymisierter Form zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung* und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- der Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten sowie bestehenden Systemen und Prozessen,
- für versicherungsrelevante Forschungszwecke, z. B. Unfallforschung,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.



Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (*Rückversicherer*). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der beiliegenden Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version unserer Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter www.nuernberger.de/kundeninformation/umgang-mit-kundendaten entnehmen.

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*).

Dauer der Datenspeicherung

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 3 oder bis zu 30 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 15 Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann 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.

Beschwerderecht

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 18
91522 Ansbach



Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können wir Daten zum Versicherungsobjekt (*Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes*) sowie Angaben zu Ihrer Person (*Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften*) an die informa HIS GmbH übermitteln (*HIS-Anfrage*).

Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im HIS Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (*HIS-Einmeldung*), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie unter

www.informa-his.de/fileadmin/HIS/Informationsblatt_EU-DSGVO_Anfrage.pdf.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. zur *Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung*) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls 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.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien (z. B. *Creditreform AG, CRIF Bürgel GmbH, infoscore Consumer Data GmbH*) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Nähere Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH finden Sie unter <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. *verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln*) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nähere Informationen können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

* NÜRNBERGER Versicherung
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Pensionsfonds AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
GARANTA Versicherungs-AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft Aktiengesellschaft



Dienstleisterliste

Die Dienstleisterliste schafft für Sie als Kunde Transparenz. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

I. Überblick über die Verarbeitung von personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, z. B. Gesundheitsdaten, in der NÜRNBERGER Versicherung

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG NÜRNBERGER Pensionsfonds AG NÜRNBERGER Pensionskasse AG NÜRNBERGER Business Beratungs GmbH	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	ALLYSCA Assistance GmbH	Telefon- und Servicedienstleistungen, Assistance-Leistungen
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance-Leistungen
	Europ Assistance Versicherungs-AG	Assistance-Leistungen
	BetterDoc GmbH	Spezialisten-Service
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG	Medicals Direct Deutschland GmbH	Service Antragsstellung
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG GARANTA Versicherungs-AG	NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.	NÜRNBERGER Business Beratungs GmbH sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung

II. Ergänzend bestehen folgende Dienstleistungsverhältnisse, bei denen die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	NÜRNBERGER Beteiligungs-AG	Revision, Rechtsabteilung
	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG und NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	IT-Dienstleistung, Rechnungswesen, Vertrieb
	GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG	Datenübermittlungen an Vermittler und Dienstleister

III. Diese in Kategorien zusammengefassten Dienstleister nehmen keine Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags vor. Hierunter fallen auch Dienstleister, die nicht dauerhaft tätig sind.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittlung	Adressverifikation
	Assisteure	Assistance-Leistungen
	Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
	Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
	Gutachter	Anspruchsprüfung
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	IT-Dienstleister	Wartung der Informationstechnologie
	Marktforschung	Marktforschung
	Rechtsanwaltskanzleien	Prozessführung, Forderungseinzug
	Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
	Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung



IV. An gemeinsamer Datensammlung für Stammdaten (z. B. Name, Anschrift, Vertragsart) teilnehmende Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung

- NÜRNBERGER Beteiligungs-AG
- NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
- BetterDoc GmbH
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
- NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
- NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
- NÜRNBERGER Pensionsfonds AG
- NÜRNBERGER Business Beratungs GmbH
- NÜRNBERGER Versicherungs- und Bauspar-Vermittlungs-GmbH
- GARANTA Versicherungs-AG
- Fürst Fugger Privatbank Aktiengesellschaft
- NÜRNBERGER Pensionskasse AG
- NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.

V. Hinweis

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (*DS-GVO*) und das Bundesdatenschutzgesetz (*BDSG*) sehen neben dem Auskunftsrecht der betroffenen Person gegebenenfalls auch Ansprüche auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung (*Sperren*) Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem gängigen und maschinenlesbaren Format vor. Sie sind nach der DS-GVO und dem BDSG berechtigt, der Verarbeitung Ihrer Daten zum Zweck der Werbung schriftlich, telefonisch unter 0911 531-5 oder per E-Mail an info@nuernberger.de zu widersprechen. Dies gilt auch, wenn Ihre der Datenübermittlung an Dienstleister entgegenstehenden schutzwürdigen Interessen überwiegen. Ergänzende Informationen zum Datenschutz und zum Beitritt der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung zu den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ erhalten Sie unter <http://www.nuernberger.de/datenschutz>. Dort finden Sie unter „Umgang mit Kundendaten“ immer eine aktuelle Version dieser Dienstleisterliste.



Inhaltsverzeichnis der Verbraucherinformationen

Produktinformationen nach §4 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Info V)

Allgemeine und zusätzliche Informationen

- Allgemeine Informationen nach §1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Vertragsbedingungen

- KV396 01.2022 Tarifbedingungen SZU

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Produkt: Krankenhauszusatzversicherung bei Unfall SZU

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung, die Sie bei Krankenhausaufenthalten nach einem Unfall absichert.



Was ist versichert?

Wir erstatten bei einem Krankenhausaufenthalt nach einem Unfall:

- ✓ 100 % der Aufwendungen für die Unterkunft im 2-Bett-Zimmer.
- ✓ 100 % der Aufwendungen für privatärztliche Behandlung (Chefarzt), bis zum 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- ✓ Bei Verzicht auf die Wahlleistungen (Unterbringung, Chefarzt) erhalten Sie ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von bis zu 40 EUR pro Tag.

Ein Unfall liegt vor,

- wenn Sie bzw. die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden, oder
- wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt, angerissen oder zerrissen werden.



Was ist nicht versichert?

Wir erstatten nicht:

Aufwendungen für

- ✗ Behandlungen, denen kein Unfall zugrunde liegt.
- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen.
- ✗ stationäre psychotherapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlungen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif SZU.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die aufgeführten Aufwendungen können wir nur erstatten, wenn sie nach der GOÄ berechnet werden.
- ! Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so müssen wir nur für die Aufwendungen leisten, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- ! Haben Sie wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind stationäre Krankenhausaufenthalte in Deutschland, die wegen eines Unfalls medizinisch notwendig sind.
- ✓ Bei einer unfallbedingten medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung außerhalb Deutschlands wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR gezahlt.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Schließen Sie oder eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer einen Krankheitskostenversicherungsvertrag mit Anspruch auf Erstattung von Wahlleistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten ab, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Wenn sich Ihre Postanschrift ändert, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen. Andernfalls können Nachteile entstehen. Das Gleiche gilt bei Namensänderung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den §§ 11 bis 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif SZU.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am 1. eines jeden Monats fällig.
- Den 1. Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen. Die Beiträge müssen Sie an die von uns zu bezeichnende Stelle entrichten.
- Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden getrennt für die Altersbereiche 0 bis 20, 21 bis 40 Jahre, 41 bis 60 Jahre, 61 bis 80 Jahre sowie ab 81 Jahren bestimmt. Das hat zur Folge, dass Ihr Beitrag steigt, wenn Sie oder eine versicherte Person das 21., das 41., das 61. bzw. das 81. Lebensjahr vollenden.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Beginn des Versicherungsschutzes ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei wirksamer Kündigung durch Sie (siehe auch „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“) oder durch uns.
- Wir können das Versicherungsverhältnis einmalig zum Ende des 2. Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Kommen Sie oder eine versicherte Person den während der Vertragslaufzeit vorgesehenen Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nach, können wir innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist außerordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen Staat außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz legen. Es sei denn, der Versicherungsschutz wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.



Informationsblatt zu Ihrem Krankenversicherungsvertrag nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) (KV290_202207)

1. Sitz und Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG,
Sitz: Nürnberg
Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 10668

Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft
Kontaktadresse:
Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg
Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-4116
info@nuernberger.de, www.nuernberger.de
Bankverbindung: Deutsche Bank AG Nürnberg,
BIC: DEUTDEMM760, IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00

2. Ansprechpartner im Ausland

Entfällt.

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg, vertreten durch den
Vorstand Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten
Krankenversicherung.

Aufsichtsbehörde

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Postfach 12 53, 53002 Bonn.

5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Medicator AG,
Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Anwendbares Recht

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht, insbesondere den Vorschriften des VVG
(Versicherungsvertragsgesetz) und BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Zugrunde liegende Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterla-
gen beigelegt.

Art, Umfang Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung

Angaben über die Art, den Umfang, die Fälligkeit und die Erfüllung der Leistung des Versicherers
finden Sie in den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den entsprechenden Paragraphen der
Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Geldleistungen des Versicherers sind mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfal-
les und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihren Vertrag können Sie dem beigelegten vorläufigen
Versicherungsschein (Invitativmodell) bzw. dem Angebot/Antrag (Antragsmodell) entnehmen.

8. Zusätzliche Kosten

Zusätzlich zu dem unter Punkt 7 genannten Gesamtpreis der Versicherung werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug bei Folgebeiträgen oder Rückläufern im Lastschriftverfahren.

Für den Fall des Verzugs bei Folgebeiträgen beachten Sie bitte Folgendes: Erfolgt die Zahlung eines Folgebeitrags nicht oder nicht rechtzeitig, geraten Sie in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung oder verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Im Falle des Verzugs kann ein ersatzpflichtiger Verzugsschaden entstehen. Weitere Regelungen zur Fälligkeit des Folgebeitrags und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie den entsprechenden Paragraphen der beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

9. Einzelheiten hinsichtlich Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten sowie den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Angaben, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Beitrags gelten, soweit uns innerhalb der nächsten 4 Wochen Ihr verbindlicher Antrag auf Abschluss des oben genannten Versicherungsvertrags vorliegt. Beitragsänderungen wegen etwaiger Beitragsanpassungen bzw. im Rahmen der Risikoprüfung notwendiger Zuschläge sind nicht berücksichtigt.

11. Kapitalanlagerisiko

Entfällt.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrages - Beginn des Versicherungsschutzes

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

13. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 - Widerrufsrecht, Widerrufsfolge und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
 - diese Belehrung,
 - das Produktinformationsblatt
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg

Fax 0911 531-4116

info@nuernberger.de, www.nuernberger.de



Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, den Sie nach folgender Formel errechnen können: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1: Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

- a) die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
- b) die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
- c)
 - die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
 - jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Buchstabe b) und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- d) die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
- e) Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
- f) die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

- g) den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
- h) • gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
• alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
- i) Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
- j) die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
- k) den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
- l) Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
- m) das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- n) • Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
• Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
- o) Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- p) die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
- q) das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
- r) die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
- s) einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
- t) Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.



Unterabschnitt 2: Zusätzliche Informationspflichten bei substitutiven Krankenversicherungen

Bei substitutiven Krankenversicherungen hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

- a) Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
- b) Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
- c) Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
- d) Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
- e) einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
- f) einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
- g) eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit/Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Krankenversicherungsvertrag wird grundsätzlich für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Für enthaltene Krankentagegeld- und Pflegetagegeldtarife sowie die Tarife Z80, Z90 und Z100 gilt abweichend eine Mindestlaufzeit von 1 Versicherungsjahr. Im Basistarif beträgt die Mindestlaufzeit 18 Monate. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird (siehe Punkt 15). Die Vertragslaufzeit des Tarifs OPT ist auf 10 Jahre befristet. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit endet der Vertrag bezüglich des Tarifs OPT ohne Kündigung. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

15. Beendigung des Vertrages

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestlaufzeit, mit einer Frist von 3 Monaten in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigen.

Bei den Tarifen Z80, Z90, Z100 und AM300 ist nach der Mindestlaufzeit des Vertrags eine Kündigung zum Ende des nächsten Monats möglich.

Ein Sonderkündigungsrecht haben Sie bei:

- Beitragsanpassungen aufgrund Erreichen eines bestimmten Lebensalters
- sonstigen Beitragsanpassungen

Das Versicherungsverhältnis endet weiterhin mit dem Tod des Versicherungsnehmers und insoweit mit dem Tod einer versicherten Person.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. Abweichendes Recht bei Vertragsanbahnungen

Entfällt.

17. Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht und über das zuständige Gericht

Anwendbares Recht

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gerichtsstand

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Unsere Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir gegen Sie an dem für Ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt zuständigen Gericht geltend machen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

18. Sprachen der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und der Vorabinformationen

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie z. B. die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache erfolgen.

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Tel. 0800 2550444*, Fax 030 20458931,

www.pkv-ombudsmann.de

*Kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 12 53, 53002 Bonn.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif SZU (Stationäre Zusatzversicherung) (KV396_202201)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 3 Abschluss und Dauer des Vertrages

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif für die Dauer von zwei Versicherungsjahren (siehe Abs. 2) abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) gekündigt wird.

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

§ 4 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

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

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

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

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

§ 6 Definition des Unfallbegriffs

Ein Unfall liegt vor,

- a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet,
- oder
- b) wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt, angerissen oder zerrissen werden.

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Unfälle und deren Folgen;
- b) für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt sind und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- c) für stationäre psychotherapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlungen;
- d) für Unfälle, die ursächlich
 - auf Geistes- und Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Anfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, beruhen, sofern diese Störungen oder Anfälle nicht durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß § 6 verursacht waren,
 - auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen,
 - auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Personen beruhen,
 - im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt,
 - auf der Ausübung risikoreicher Sportarten wie z. B. Skispringen, Tauchen, Drachenfliegen, Motorrennsport, Boxen, Vollkontaktkarate, Rugby, Free Climbing, Bungee-Jumping oder Flugsport beruhen.
- e) für Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen sowie Zeckenbissen;
- f) für Bauch- oder Unterleibsbrüche;
- g) für Schäden an Bandscheiben, sofern nicht ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß § 6 Absatz a die überwiegende Ursache ist;



- h) für Behandlungen in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder;
- k) bei einer als Folge eines Unfalls bedingten Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 2 und 3 SGB XI oder bei einer durch Verwahrung bedingten Unterbringung.

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

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

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

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

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

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

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann der Versicherungsnehmer die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen.

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

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt. Ist ein Krankenhausaussweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 10 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

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

§ 10a Beitragsberechnung

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

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

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

§ 10b Beitragsanpassung

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

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

§ 11 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 8 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

(4) Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung mit Anspruch auf Erstattung von Wahlleistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird die in § 11 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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



(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

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

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

§ 14 Aufrechnung

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

§ 15 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

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

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

(5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben; die rückständigen Beiträge sind nachzutragen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 16 Kündigung durch den Versicherer

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

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

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

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

§ 18 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail).

§ 19 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

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

§ 20 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 21 Sonstiges

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



Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.



ANHANG

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

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

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

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

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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