SDK
Einfach für Ihr Leben da.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung

Stand: 01.01.2022

Teil I: Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **2**

A. Der Versicherungsschutz **2**
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes 2
2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht 2
4. Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr 3
5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern 3
6. Wartezeiten 4
7. Umfang der Leistungspflicht 4
8. Einschränkungen der Leistungspflicht 4
9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen 5
10. Ende des Versicherungsschutzes 6

B. Beitrag **6**
1. Beitragszahlung, Verzug 6
2. Beitragsberechnung 6

C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen **6**
1. Allgemeine Obliegenheiten 6
2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte 6
3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen 7

D. Ende der Versicherung **7**
1. Kündigung durch Sie 7
2. Kündigung durch uns 8
3. Sonstige Gründe für die Beendigung einer Versicherung 8

E. Willenserklärungen und Informationen **8**

F. Sonstige Bestimmungen **8**
1. Aufrechnung 8
2. Gerichtsstand 8
3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 9

Glossar **10**

Anhang **12**

Einleitung

Mit einer Kranken-Zusatzversicherung bei der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) haben Sie eine gute Entscheidung getroffen. Wir unterstützen Sie gerne bei allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.

In diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) finden Sie alle Regelungen rund um Ihre Versicherung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 11.

Noch ein Hinweis:
Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person.

Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

A. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Ihnen oder einer versicherten Person Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen Ereignissen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Ihnen oder einer versicherten Person die Kosten für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Den Umfang des Versicherungsschutzes finden Sie

- im Versicherungsschein,
- in separaten schriftlichen Vereinbarungen,
- in diesen AVB und den dazugehörigen Tarifbeschreibungen,
- in den gesetzlichen Vorschriften.

Für den Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

In folgender Situation entsteht ein neuer Versicherungsfall: Die Heilbehandlung muss auf eine Krankheit oder die Folge eines Unfalls ausgeweitet werden. Die Folge eines Unfalls darf mit der bisher behandelten Krankheit nicht ursächlich zusammenhängen.

(3) Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- Fehlgeburten und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Absatz 2 und 3 Strafgesetzbuch (StGB) (medizinische und **kriminogene Indikation**),
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
- der Todesfall, wenn dafür Leistungen mit uns vereinbart sind.

2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Sie oder die versicherte Person halten sich vorübergehend im Ausland auf. Dann besteht der Versicherungsschutz weiter.

(2) Wenn Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in

- einen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU),
  oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

verlegen, gilt: die Versicherung wird ohne Unterbrechungen fortgesetzt.

In folgendem Fall gehen wir von einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts aus: Sie oder die versicherte Person verbringen zusammenhängend mehr als 182 Tage außerhalb Deutschlands. Vorübergehende Unterbrechungen zählen wir zu dem Aufenthalt im Ausland. Das sind zum Beispiel: Urlaub, Reisen oder Krankenhausaufenthalte.

3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht

Sie haben das Recht, die bestehende Versicherung in einen **gleichartigen Versicherungsschutz** umzuwandeln.

Voraussetzung:
Sie oder die versicherte Person sind **versicherungsfähig**.

So gehen wir nach Ihrem Antrag auf Umwandlung vor:

- Wir nehmen Ihren Antrag in einer angemessenen Frist an.
- Die erworbenen Rechte bleiben erhalten.
- Wenn wir nach den **technischen Berechnungsgrundlagen Alterungsrückstellungen** für Ihren Vertrag gebildet haben, rechnen wir diese im neuen Tarif mit Alterungsrückstellungen an.
- Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir für die Mehrleistungen einen angemessenen **Risikozuschlag** verlangen. Mehr dazu finden Sie in Abschnitt B.2. Absatz 3.
- Alternativ können wir auch einen **Leistungsausschluss** mit Ihnen vereinbaren.

Ausnahme:
Sie haben keinen Anspruch auf Umwandlung des Versicherungsschutzes, wenn

- bei **Anwartschaftsversicherungen** der Grund für die **Anwartschaft** noch besteht
  oder
- der Vertrag befristet ist.

Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig berechnet sind, ist rechtlich nicht möglich.

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

(1) Ihren Versicherungsbeginn finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt ab dem dort genannten Zeitpunkt. Er beginnt aber nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.

Der Abschluss des Vertrags liegt in jedem Fall dann vor, wenn Sie Folgendes von uns erhalten haben:

- den Versicherungsschein
  oder
- eine Annahmeerklärung.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir für die ab dem Versicherungsbeginn entstandenen Kosten.

(3) Bei Änderungen des Vertrags gelten die Absätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Sie schließen den Vertrag in der Regel für ein **Versicherungsjahr** ab. Bei Änderungen des Vertrags rechnen wir die Dauer der bisherigen Versicherung an.

Der Vertrag verlängert sich um ein **Versicherungsjahr**, wenn Sie ihn nicht 3 Monate vor Ablauf in **Textform** kündigen. Über die Möglichkeit der Kündigung werden wir Sie nicht separat informieren.

Ein **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** ab der Geburt.

Voraussetzungen:

- Ein Elternteil ist zur Zeit der Geburt bei uns versichert.
- Wir erhalten die Anmeldung zur Versicherung des Kindes spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt.
- Die Versicherung erfolgt rückwirkend ab Geburt.

(2) Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der des am höchsten oder umfassendsten versicherten Elternteils.

Der Versicherungsschutz umfasst dabei innerhalb des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen. Dies können beispielsweise Behinderungen sein.

(3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich. Bei Adoptionen beginnt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Adoption.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Adoptionsbeginn, spätestens 2 Monate nach dem Tag der Adoption
  und
- das Kind ist bei der Adoption noch minderjährig.

Da bei einer Adoption ein erhöhtes Risiko für Vorerkrankungen bestehen kann, dürfen wir mit Ihnen einen **Risikozuschlag** vereinbaren. Dieser **Risikozuschlag** beträgt maximal 100 %.

6. Wartezeiten

Regelungen zu den Wartezeiten richten sich nach dem jeweils vereinbarten Tarif.

7. Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe unserer Leistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und II) und den gesetzlichen Vorschriften.

(2) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- angewandt werden, weil es keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel gibt
  oder
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.

Für die Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben, gilt:
Wir dürfen unsere Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(3) Wir bieten Ihnen Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall. Dies sind zum Beispiel medizinische Beratung oder Assistanceleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen). Unsere aktuellen Gesundheitsdienstleistungen finden Sie unter https://www.sdk.de/gesundheitsdienstleistungen.

(4) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich höher sind als 2.000 EUR, informieren wir Sie gerne über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes. Bitte senden Sie Ihre Anfrage an uns in **Textform** (Leistung@sdk.de). Wir antworten Ihnen spätestens nach 4 Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, informieren wir Sie **unverzüglich**, spätestens nach 2 Wochen. Wir berücksichtigen dabei Ihre Unterlagen, beispielsweise Kostenvoranschläge.

Die Frist beginnt, wenn wir Ihre Anfrage erhalten haben. Wenn wir Sie nicht innerhalb der Frist informieren, gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig. Dies gilt ab dem Zeitpunkt nicht mehr, ab dem wir die fehlende medizinische Notwendigkeit der Behandlung nachgewiesen haben.

(5) Wir geben Ihnen oder der versicherten Person auf Wunsch Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen. Dies gilt für Gutachten und Stellungnahmen, die wir eingeholt haben, um zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Sie, die versicherte Person oder ein gesetzlicher Vertreter können auch verlangen, dass wir einem bestimmten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben.

Voraussetzung:
Der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person stehen erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen.

Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt haben, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

8. Einschränkungen der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

1a. durch Kriegsereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen
  und
- Folgen von Unfällen
  und
- Todesfälle.

1b. durch Kriegsereignisse außerhalb Deutschlands verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen
  und
- Folgen von Unfällen
  und
- Todesfälle.

Diese Einschränkung gilt, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Gebiet vor Beginn des Aufenthalts im Ausland eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Dies gilt solange, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet gefahrlos möglich ist.

2. von Ihnen oder der versicherten Person **vorsätzlich** herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

3. Entwöhnungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogensucht.

4. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in stationären Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Ein wichtiger Grund kann beispielsweise vorliegen, wenn ein Fehlverhalten bei der Abrechnung wiederholt zu berechtigten Beanstandungen führte.

   Das gilt nur:
   - Wenn die Behandlung begonnen wurde, nachdem wir Sie über den **Leistungsausschluss** benachrichtigt haben
     und
   - für Kosten, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind. Der Versicherungsfall darf aber zum Zeitpunkt der Benachrichtigung noch nicht abgeschlossen gewesen sein.

5. Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir wie tariflich vereinbart. Sachkosten sind beispielsweise Arzneimittel oder Verbandsmaterial.

6. eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung, beispielsweise eine Sicherungsverwahrung in der Psychiatrie.

(2) Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken, wenn

- eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt
  oder
- für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(3) In folgenden Fällen müssen wir nur für Kosten leisten, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben:

Sie oder die versicherte Person haben Anspruch auf Leistungen

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung
  oder
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung
  oder
- einer **gesetzlichen Heilfürsorge**
  oder
- der Unfallfürsorge.

(4) Haben Sie oder eine versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Kostenträger (beispielsweise andere Versicherungen), gilt: Die gesamte Erstattung darf nicht höher sein als die gesamten Kosten.

9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen

(1) Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie oder die versicherte Person uns die geforderten Nachweise vorlegen. Diese Nachweise werden unser Eigentum. Als Nachweise gelten:

- Rechnungen im Original (auch in elektronischer Form) sowie Kopien von Rechnungen mit Erstattungsnachweis eines anderen Kostenträgers (beispielsweise einer anderen Versicherung).

(2) Die Rechnungen müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Angaben über die erbrachten Leistungen des Behandelnden mit Nummern des jeweiligen Gebührenverzeichnisses,
- das dazugehörige Behandlungsdatum,
- zusätzlich bei stationären Leistungen: Tag der Aufnahme und Entlassung sowie Bettenzahl des beanspruchten Zimmers.

(3) Sie erhalten die vertraglichen Leistungen, nachdem wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Für die Fälligkeit unserer Leistungen gilt § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang).

(4) Die Leistung können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen.

Ausnahme:
Wir leisten an die versicherte Person, wenn Sie uns diese in **Textform** als empfangsberechtigt für deren Leistungen genannt haben.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten durch eine Krankheit rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Kosten für die Überweisung der Leistungen und für Übersetzungen können wir von den Leistungen abziehen.

(6) Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge. Gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(7) Sie oder die versicherte Person haben eine „Card für Privatversicherte“ erhalten. Dann kann das Krankenhaus die Kosten für die stationäre Behandlung direkt mit uns abrechnen.

10. Ende des Versicherungsschutzes

Wenn der Versicherungsvertrag beendet ist, haben Sie oder die versicherte Person auch keinen Versicherungsschutz mehr. Dies gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

B. Beitrag

1. Beitragszahlung, Verzug

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Sie müssen den Beitrag zum Ersten eines jeden Monats zahlen.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie **unverzüglich** nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Bei einem späteren Versicherungsbeginn müssen Sie den ersten Beitrag zu diesem späteren Zeitpunkt zahlen.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Die Voraussetzungen dafür sind in § 37 und § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) geregelt. Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und wir Sie in **Textform** gemahnt haben, gilt: Sie müssen die nachgewiesenen Mahnkosten zahlen. Darüber hinaus können wir von Ihnen Zinsen für den Verzug und von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren fordern. Das können beispielsweise Gebühren für fehlgeschlagene Lastschriften oder Gerichtskosten sein.

(4) Bei Beendigung des Vertrages gelten folgende Regelungen:

- Beendigung vor Ablauf der Vertragslaufzeit: Uns steht der Teil des Beitrags für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- Beendigung durch Rücktritt nach § 19 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang): Uns steht der Beitrag zu, bis die Erklärung des Rücktritts wirksam wird.
- Beendigung durch Anfechtung wegen **arglistiger Täuschung**: Uns steht der Beitrag zu, bis die Anfechtung wirksam wird.
- Treten wir vom Vertrag zurück, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Gebühr verlangen.

2. Beitragsberechnung

(1) Wir berechnen die Beiträge nach den gesetzlichen Vorschriften. Die genaue Berechnung ist in unseren **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.

(2) Bei Änderungen der Beiträge können wir auch separat vereinbarte **Risikozuschläge** entsprechend ändern.

(3) Bei einer Änderung des Vertrags kann ein erhöhtes Risiko bestehen. In diesem Fall können wir für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen angemessenen Zuschlag fordern. Diesen berechnen wir zusätzlich zum Beitrag. Der Zuschlag richtet sich nach den Richtlinien, mit denen wir erhöhte Risiken ausgleichen.

C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen

1. Allgemeine Obliegenheiten

(1) Sie und die empfangsberechtigte versicherte Person müssen uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die notwendig ist zur Feststellung

- des Versicherungsfalles,
- unserer Leistungspflicht,

  und
- des Leistungsumfangs.

(2) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Dies gilt, wenn die Untersuchung zur Feststellung nach Absatz 1 erforderlich ist. Die Kosten der Untersuchung übernehmen wir.

(3) Die versicherte Person muss für die Minderung des Schadens sorgen. Das bedeutet: Sie muss alle Handlungen unterlassen, die für die Genesung hinderlich sind.

Ein Beispiel: Wenn der Arzt ihr ausdrücklich Bettruhe verordnet, muss sie sich daran halten.

2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Ein Dritter ist beispielsweise ein Unfallgegner. Die Pflicht zur Abtretung besteht bis zu der Höhe, in der Sie von uns Ersatz erhalten. Mit Ersatz meinen wir die Erstattung von Kosten sowie Sach- und/oder Dienstleistungen. Diese Regelung gilt unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

(2) Sie oder die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie die geltenden Formen und Fristen beachten und uns bei der Durchsetzung unserer Ansprüche wenn nötig unterstützen.

Ein Beispiel: Sie haben einen unverschuldeten Unfall, in dessen Folge Heilbehandlungskosten entstehen. Sie dürfen nicht ohne Rücksprache mit uns auf Ihre Ansprüche verzichten. Ihre Ansprüche können zum Beispiel Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner sein.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch in folgenden Fällen entsprechend: Sie oder eine versicherte Person haben einen Anspruch auf Rückzahlung von Entgelten, weil:

- Sie an einen Leistungserbringer ohne rechtlichen Grund gezahlt
  und
- dafür von uns vertraglich vereinbarte Leistungen erhalten haben.

3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Sie oder eine versicherte Person verletzen eine **Obliegenheit** aus dem Abschnitt C.1. Dann dürfen wir unsere Leistung ganz oder teilweise kürzen.

Dabei beachten wir die in § 28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen.

(2) Sie oder eine versicherte Person verletzen **vorsätzlich** die **Obliegenheiten** aus Abschnitt C.2. Dann müssen wir nicht leisten.

Voraussetzung:

Wegen der **vorsätzlichen** Verletzung der **Obliegenheit** können wir keinen Ersatz von dem Dritten oder dem Leistungserbringer erhalten.

Bei einer **grob fahrlässigen** Verletzung dieser **Obliegenheiten** dürfen wir unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

D. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch Sie

(1) Sie können die Versicherung zum Ende eines jeden **Versicherungsjahres** mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Sie können die Versicherung auch nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife kündigen.

(3) In folgenden Fällen können Sie die Versicherung für eine versicherte Person kündigen:

- Durch eine Vereinbarung im Vertrag hat sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters geändert. Es gilt dann der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe.
- Der Beitrag hat sich wegen einer vertraglich vereinbarten Umstellung auf Beiträge mit **Alterungsrückstellung** geändert.

Ein Beispiel: Die versicherte Person setzt die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der betrieblichen Krankenversicherung in einem Tarif mit **Alterungsrückstellungen** fort.

Voraussetzung:

Eine Kündigung ist nur möglich, wenn sich der Beitrag für die versicherte Person durch die Änderung erhöht.

Sie müssen innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

(4) Sie können die Versicherung für eine betroffene versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem wir Sie informiert haben, dass wir

- die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel im versicherten Tarif erhöhen
  oder
- unsere Leistungen nach Abschnitt F.3. Absatz 1 mindern.

Die Kündigung ist dann ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gültig.

Ausnahme:
Bei einer Erhöhung des Beitrags können Sie die Versicherung kündigen, bis die Erhöhung wirksam wird.

(5) Wir haben die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. Dann haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die übrigen Teile der Versicherung aufheben. Dafür gilt eine Frist von 2 Wochen, nachdem Sie unsere Erklärung über die Vertragsänderung erhalten haben. Die Aufhebung ist dann zu folgenden Zeitpunkten wirksam:

- Bei Anfechtung oder Rücktritt: Zum Ende des Monats, in dem Sie unsere Erklärung erhalten haben.
- Bei Kündigung: Ab dem Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam wird.

(6) Kündigen Sie die Versicherung insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen die versicherten Personen den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Die versicherten Personen müssen diese Erklärung innerhalb von 3 Monaten nach der Kündigung abgeben. Als bisheriger Versicherungsnehmer müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen Ihre Kündigungserklärung kannten. Sonst ist die Kündigung unwirksam.

(7) Wenn wir für Ihre Tarife **Alterungsrückstellungen** bilden, können Sie und die versicherten Personen den gekündigten Vertrag als **Anwartschaftsversicherung** fortsetzen. Wir müssen den Antrag auf Umwandlung des Vertrags innerhalb von 3 Monaten erhalten, nachdem die Kündigung wirksam wurde.

2. Kündigung durch uns

(1) Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht gelten weiterhin.

(3) Wir können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

(4) Kündigen wir die Versicherung insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt D.1. Absatz 6 Satz 1 bis 3 entsprechend.

3. Sonstige Gründe für die Beendigung einer Versicherung

(1) Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben aber das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen sie den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Die Erklärung müssen sie innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet die jeweilige Versicherung.

(3) Bei Verlegung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes oder dem der versicherten Person in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, endet die Versicherung. Wir können den Vertrag auf Grund einer besonderen Vereinbarung fortsetzen.

(4) Die Versicherung endet auch in diesem Fall: Wir dürfen Sie in dem Land, in das Sie oder die versicherte Person Ihren Aufenthalt oder gewöhnlichen Aufenthalt verlegt haben, nicht versichern. Das kann beispielsweise zutreffen, wenn wir in diesem Land eine Erlaubnis zum Betreiben des Versicherungsgeschäfts benötigen. Die Versicherung endet ab dem Zeitpunkt, von dem an wir Sie oder die versicherte Person nicht mehr versichern dürfen.

(5) Bei einer rechtskräftigen Ehescheidung gilt folgende Regelung: Jeder Ehepartner hat das Recht, seinen Vertragsteil als selbstständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch, wenn die Ehepartner getrennt leben.

E. Willenserklärungen und Informationen

Willenserklärungen und Informationen müssen Sie uns in **Textform** senden.

Ausnahme:
Wir haben mit Ihnen eine erleichterte Form vereinbart (beispielsweise telefonisch).

F. Sonstige Bestimmungen

1. Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur **aufrechnen**, wenn die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ausnahme:
Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht können Sie nicht **aufrechnen**.

2. Gerichtsstand

(1) Für Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können Sie bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Darüber hinaus können Sie Klagen gegen uns auch bei dem Gericht an unserem Firmensitz einreichen.

(3) Unabhängig davon, wer klagt, ist in diesen Fällen das Gericht an unserem Firmensitz zuständig:

- Sie verlegen nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland
  oder
- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist uns zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Wir können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Anpassungen erscheinen zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer notwendig
  und
- ein unabhängiger Treuhänder hat die Voraussetzungen für die Anpassungen geprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

(2) Wir können eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn diese für unwirksam erklärt wurde durch

- höchstrichterliche Entscheidung
  oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt.

Voraussetzungen:

- Die neue Regelung ist zur Fortführung des Vertrags notwendig
  oder
- der Vertrag würde ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine **unzumutbare Härte** darstellen.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie das Vertragsziel wahrt und die Interessen der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die Gründe dafür mit. Zwei Wochen nach dieser Mitteilung wird die neue Regelung Bestandteil Ihres Vertrags.

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anwartschaftsversicherung: Die Anwartschaftsversicherung können Sie unter bestimmten Voraussetzungen für einen begrenzten Zeitraum abschließen, um Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu erhalten. Zum Beispiel bei einem längeren Aufenthalt im Ausland. Eine vollständige Aufzählung der Voraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung garantiert bei Wegfall der Voraussetzung das Wiederaufleben des Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Wenn bereits **Alterungsrückstellungen** gebildet wurden, rechnen wir diese beitragssenkend an.

Arglistige Täuschung liegt vor, wenn Tatsachen falsch dargestellt oder verschwiegen werden, beispielsweise bei Antworten auf die Gesundheitsfragen im Antrag. Der Täuschende weiß und will, dass sein Verhalten zu einem Irrtum beim Versicherer führt.

Aufrechnung bezeichnet einen rechtlichen Vorgang, bei dem wechselseitige Forderungen miteinander verrechnet werden.

Europäischer Wirtschaftsraum: Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) ist eine vertiefte Freihandelszone zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Vertragsstaaten sind die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gleichartiger Versicherungsschutz: Gleichartigkeit zwischen zwei Tarifen liegt vor, wenn die Tarifleistungen denselben Leistungsbereichen zuzuordnen sind. Leistungsbereiche sind zum Beispiel die Kostenerstattung für die ambulante Heilbehandlung, die stationäre Heilbehandlung oder Zahnbehandlung und Zahnersatz. Zwischen einer substitutiven Krankenversicherung und einem Ergänzungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Zusatzversicherung) besteht keine Gleichartigkeit.

Grobe Fahrlässigkeit beschreibt eine innere Einstellung zu einer Handlung. Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders hohem Maße verletzt. Selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende wird nicht beachtet.

Ein Beispiel: Einfahren in eine Kreuzung bei Rotlicht.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Kriminogene Indikation: Eine der Indikationen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch. Bei dieser besteht Grund zu der Annahme, dass die Schwangerschaft Folge einer Sexualstraftat ist.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir beispielsweise, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Obliegenheiten sind Mitwirkungspflichten. Werden diese nicht beachtet, können daraus nachteilige Folgen entstehen.

Ein Beispiel: Wir können Sie auffordern, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob wir leisten müssen. Nehmen Sie die ärztliche Untersuchung nicht wahr, können wir unsere Leistungen mindern oder ganz streichen.

Risikozuschlag: Für die meisten Tarife führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Tarifwechselrecht: Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Änderung seines Vertrages. Das bedeutet: Sie haben das Recht, in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Dabei rechnen wir die Alterungsrückstellung an.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Textform ist eine gesetzliche geregelte Form für ein Rechtsgeschäft oder eine Erklärung. Die Textform meint jede lesbare, dauerhafte Erklärung, in der die Person des Erklärenden genannt ist. Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht erforderlich. Erklärungen in Textform müssen auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben werden. Neben Papier (Brief, Telefax-Nachrichten) kommen auch CD-ROMs, DVDs, Speicherkarten, USB-Sticks oder E-Mails in Frage.

Unverzüglich: Eine Handlung soll ohne unnötige, nicht durch die Sachlage begründete Verzögerung vorgenommen werden. Als Obergrenze für ein unverzügliches Handeln gilt ein Zeitraum von zwei Wochen.

Unzumutbare Härte: Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einem Vertragspartner nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist beispielsweise für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Versicherungsjahr ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

Vorsatz bezeichnet die innere Einstellung der handelnden Person. Vorsätzlich handelt, wer weiß und will, dass durch sein Handeln ein bestimmter Zweck verwirklicht wird.

Ein Beispiel: Auf die ausdrückliche Frage im Antrag wird eine Knieoperation, an die man sich sehr gut erinnert, bewusst nicht angegeben. Ziel ist es, einen Vertrag ohne Beitragszuschlag abzuschließen.

Willenserklärung: Kundgabe (Erklärung) des Willens einer Person, die einen Erfolg beabsichtigt. Beispielsweise eine Kündigungserklärung, die das Ende eines Vertrags herbeiführen soll.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang 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.