

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif ZahnPRIVAT 100, ZahnPRIVAT 90 oder ZahnPRIVAT 75.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/ZV und den Tarifen ZahnPRIVAT 100, ZahnPRIVAT 90, ZahnPRIVAT 75, sowie dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen bei zahnärztlichen Leistungen.



Was ist versichert?

- ✓ Zahnbehandlung
- ✓ Zahnersatz
- ✓ Schmerzstillende Maßnahmen
- ✓ Zahnprophylaxe
- ✓ Kieferorthopädie für versicherte Personen nach Vollendung des 19. Lebensjahres bei Unfall oder einer Krankheit, für die die Gesetzliche Krankenversicherung Leistungen für Kieferorthopädie erbringt.
Der Unfall oder der Krankheitsfall muss nach Versicherungsbeginn im Tarif ZahnPRIVAT (100, 90 oder 75) und nach Vollendung des 19. Lebensjahres eingetreten sein.
- ✓ Nur im Tarif ZahnPRIVAT 100 und ZahnPRIVAT 90: Kieferorthopädie für versicherte Personen vor Vollendung des 19. Lebensjahres bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 19. Lebensjahres.
- ✓ Nur im Tarif ZahnPRIVAT 100 und ZahnPRIVAT 90: Zahnaufhellung (Bleaching).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Kieferorthopädie für versicherte Personen vor Vollendung des 19. Lebensjahres im Tarif ZahnPRIVAT 75
- ✗ Zahnaufhellung (Bleaching) im Tarif ZahnPRIVAT 75
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZV) zu finden, insbesondere in § 6 AVB/ZV.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsgrenzen und -grundsätzen.
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welche Tarifstufe (ZahnPRIVAT 100, 90 oder 75) vereinbart wurde.
- ! Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung.
- ! Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der Gesetzlichen Kran-

kenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

auf das in der Police angegebene Konto überwiesen werden.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa. Hierzu zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands, sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.
- ✓ Bei Auslandsaufenthalten von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz ohne weiteres auch weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechende.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats bezahlt werden kann. Die Raten sind monatlich im Voraus fällig.
- Der erste Beitrag muss unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins gezahlt werden.
- Die Beiträge werden idealerweise per SEPA-Lastschrifteinzug bezahlt. Die Beiträge können auch



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Dieser ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
- Wartezeiten gibt es in diesem Tarif keine.
- Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich lebenslang. Diese Versicherung ist weder befristet noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet
 - o wenn die Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet.
 - o bei Verlegung des Wohnsitzes der versicherten Person in ein Land, das nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist,
 - o wenn die versicherte Person stirbt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren kann der Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z. B. E-Mail) erfolgen. Die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung muss nachgewiesen werden.
- Erhöhen sich die Beiträge, kann die Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich gekündigt werden.

Teil II

Tarife ZahnPRIVAT 100, ZahnPRIVAT 90, ZahnPRIVAT 75

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.08.2024, SAP-Nr.: 348124, 06.2024

Es gelten die AVB/ZV – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

Die Leistungen der Tarife ZahnPRIVAT 100, ZahnPRIVAT 90 und ZahnPRIVAT 75 im Überblick:

Tarif	Zahnbe- handlung/ Zahnersatz	Schmerz- stillende Maßnahmen	Zahn- prophylaxe	Zahnaufhellung (Bleaching)	Kieferorthopädie vor Vollendung des 19. Lebensjahres	Kieferorthopädie nach Vollendung des 19. Lebens- jahres (bei Unfall oder Krankheit, für die die GKV leistet)
ZahnPRIVAT 100	100 %	100 %	100 %	100 % bis insgesamt 200 Euro in zwei Kalenderjahren	100 % bis insgesamt 5.000 Euro	100 % bis insgesamt 5.000 Euro
ZahnPRIVAT 90	90 %	90 %	90 %	90 % bis insgesamt 180 Euro in zwei Kalenderjahren	90 % bis insgesamt 5.000 Euro	90 % bis insgesamt 5.000 Euro
ZahnPRIVAT 75	75 %	75 %	75 % bis insgesamt 100 Euro pro Kalenderjahr	keine	keine	75 % bis insgesamt 5.000 Euro

Die detaillierten Leistungsinhalte je Tarif ergeben sich aus den folgenden Tarifbedingungen.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages ist:

Teil I: AVB/ZV

Teil II: Tarif ZahnPRIVAT 100

Tarif ZahnPRIVAT 90

Tarif ZahnPRIVAT 75

2. Versicherungsfähigkeit

- Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
- Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in den Tarifen ZahnPRIVAT 100, ZahnPRIVAT 90 und ZahnPRIVAT 75 endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.
- Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

3. Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Absatz 3 AVB/ZV entfallen.

II. Beiträge

Für die Tarife werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 30., 40., 50. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 30, 40, 50 bzw. 60 zu zahlen.

III. Versicherungsleistungen

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen erstattungsfähig:

- Parodontosebehandlung (z. B. auch mittels Periochip)
- Wurzelbehandlung, Wurzelkanalrevision, Wurzelspitzenresektion

- Kunststofffüllungen (z. B. Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Kariesinfiltration (auch ICON-Behandlung))
- Aufbissbehelfe und Schienen (z. B. Knirscherschienen)
- Inlays und Onlays
- Zahnersatz (Implantate, Kronen und Brücken mit Verblendungen z. B. aus Kunststoff oder Keramik an jeder Zahnstelle, prothetische Leistungen, Veneers)
- CEREC Behandlungen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen z. B.:
 - Knochenaufbau im Rahmen einer Implantat Versorgung
 - Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie
 - Einsatz von Laser, OP-Mikroskop
 - VECTOR-Technologie
 - Bakterienanalyse
 - DNA-Test im Rahmen einer Bakterienanalyse
 - bei Periimplantitis: Photodynamische Therapie (PDT) am Zahnfleisch, photoaktive Chemotherapie (PACT), Photothermische Therapie (PTT)
- Heil- und Kostenplan

Der Versicherer erstattet zum versicherten Prozentsatz die erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV tatsächlich erbrachten Leistung.

Der versicherte Prozentsatz ist:

- 100 % im Tarif ZahnPRIVAT 100
- 90 % im Tarif ZahnPRIVAT 90
- 75 % im Tarif ZahnPRIVAT 75

Abweichender Erstattungssatz im Rahmen der Regelversorgung in den Tarifen ZahnPRIVAT 90 und ZahnPRIVAT 75:

Eine Erstattung erfolgt zu 100 % reduziert um die Leistung der GKV.

Voraussetzung dafür ist, dass

- die Maßnahme von der GKV bezuschusst wird und ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung nach § 56 Absatz 1 SGB V erfolgt und dass
- die Gesamtmaßnahme keine privatärztlichen Teile bzw. nach der GOZ berechneten Vergütungsbestandteile aufweist.

2. Schmerzstillende Maßnahmen:

Anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung sind erstattungsfähig, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme unter Abschnitt III. Nummer 1, 5 und 6 sowie beim Ziehen von Weisheitszähnen durchgeführt werden. Dies sind insbesondere:

- Dämmerschlaf (Analgo-Sedierung)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose

Der Versicherer erstattet zum versicherten Prozentsatz die erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV tatsächlich erbrachten Leistung.

Der versicherte Prozentsatz ist:
 100 % im Tarif ZahnPRIVAT 100
 90 % im Tarif ZahnPRIVAT 90
 75 % im Tarif ZahnPRIVAT 75

3. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Bei Prophylaxe sind folgende Maßnahmen erstattungsfähig:

- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung
- unabhängig vom Alter Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle

Der Versicherer erstattet zum versicherten Prozentsatz die erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV tatsächlich erbrachten Leistung.

Der versicherte Prozentsatz ist:
 100 % im Tarif ZahnPRIVAT 100
 90 % im Tarif ZahnPRIVAT 90
 75 % im Tarif ZahnPRIVAT 75

Im Tarif ZahnPRIVAT 75 ist die Erstattung auf insgesamt 100 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

4. Zahnaufhellung (Bleaching)

Bei einer Zahnaufhellung (Bleaching) sind Aufwendungen erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden oder zahnärztlich begleitet werden.

Eine Kostenerstattung erfolgt ausschließlich aus den Tarifen ZahnPRIVAT 100 und ZahnPRIVAT 90. Im Tarif ZahnPRIVAT 75 ist Zahnaufhellung (Bleaching) nicht versichert.

Der Versicherer erstattet zum versicherten Prozentsatz die erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV tatsächlich erbrachten Leistung.

Der versicherte Prozentsatz ist:
 im Tarif ZahnPRIVAT 100 100 %; bis insgesamt 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren
 im Tarif ZahnPRIVAT 90 90 %; bis insgesamt 180 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die Erstattungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus dem vorhergehenden Kalenderjahr zusammengerechnet.

5. Kieferorthopädie für versicherte Personen vor Vollendung des 19. Lebensjahres

Eine Kostenerstattung erfolgt ausschließlich aus den Tarifen ZahnPRIVAT 100 und ZahnPRIVAT 90. Im Tarif ZahnPRIVAT 75 ist diese Leistung nicht versichert.

Der Versicherer erstattet zum versicherten Prozentsatz die erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV tatsächlich erbrachten Leistung.

Der versicherte Prozentsatz ist:
 100 % im Tarif ZahnPRIVAT 100
 90 % im Tarif ZahnPRIVAT 90

Für die gesamte Tarifaufzeit ist der Erstattungsbetrag auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

Versicherungsschutz besteht, unabhängig von der vorliegenden kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG), sofern die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird für:

- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z. B. besondere Brackets und / oder Bögen (z. B. auch superelastische Bögen), Invisalign (unsichtbare Zahnschienen), Lingualtechnik, Palatinaltechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie)
- den Heil- und Kostenplan.

Nicht erstattungsfähig ist:

- der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die GKV erstattet wird.

6. Kieferorthopädie für versicherte Personen nach Vollendung des 19. Lebensjahres

Der Versicherer erstattet kieferorthopädische Maßnahmen aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit, für die die GKV Leistungen für Kieferorthopädie erbringt.

Der Unfall oder der Krankheitsfall muss nachweislich nach Versicherungsbeginn in diesen Tarifen und nach Vollendung des 19. Lebensjahres eingetreten sein.

Der Versicherer erstattet zum versicherten Prozentsatz die erstattungsfähigen Kosten abzüglich der von der GKV tatsächlich erbrachten Leistung.

Der versicherte Prozentsatz ist:
 100 % im Tarif ZahnPRIVAT 100
 90 % im Tarif ZahnPRIVAT 90
 75 % im Tarif ZahnPRIVAT 75

Für die gesamte Tarifaufzeit ist der Erstattungsbetrag auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt. Erstattungen nach Abschnitt III. Nummer 5 werden auf den Erstattungsbetrag nicht angerechnet.

Versicherungsschutz besteht für:

- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z. B. besondere Brackets und / oder Bögen (z. B. auch superelastische Bögen), Invisalign (unsichtbare Zahnschienen), Lingualtechnik, Palatinaltechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie)
- den Heil- und Kostenplan.

Nicht erstattungsfähig ist:

- der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die GKV erstattet wird.

7. Erstattungsbegrenzung in den ersten drei Kalenderjahren

Die Leistungen unter Abschnitt III Nummer 1 (Zahnbehandlung und Zahnersatz), Nummer 2 (Schmerzstillende Maßnahmen) und Nummer 5 und 6 (Kieferorthopädie) sind zusammen in den ersten drei Kalenderjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt:

im Tarif ZahnPRIVAT 100 und ZahnPRIVAT 90
 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr
 3.000 Euro in den ersten beiden Kalenderjahren
 6.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren

im Tarif ZahnPRIVAT 75
 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr
 2.000 Euro in den ersten beiden Kalenderjahren
 3.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die Erstattungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

IV. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Grundsätzen entsprechen.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der GKV, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.
Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, leistet der Tarif zum versicherten Prozentsatz.

3. Bei Wahl der Kostenerstattung mit der GKV sind die Rechnungen zusammen mit dem Erstattungsvermerk und dem Abrechnungsschreiben der GKV einzureichen. Aus dem Abrechnungsschreiben der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Selbstbehalt, Verwaltungsgebühren und sonstige Abzugsbeträge) ergeben.

Abschläge aufgrund der Wahl der Kostenerstattung (Verwaltungsgebühren oder sonstige Abzugsbeträge) nach § 13 Absatz 1 SGB V sowie mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte sind nicht erstattungsfähig.

4. Der Versicherungsschutz umfasst auch die jeweils anfallenden Laborarbeiten und Materialkosten.

Innovationsgarantie:

Im tariflichen Umfang leistet der Versicherer auch für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erst in der Zukunft von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden.

Die Leistung passt sich automatisch an solche innovativen Methoden an, ohne dass Sie etwas dafür tun müssen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/ZV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Teil I

AVB/ZV - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG (Unisex)

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 342743, 02.2023

Einleitung

Gemeinsam verwendete AVB, Verbundtarife

Die AVB/ZV und die Tarife, denen die AVB/ZV zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG gemeinsam verwendet und angeboten. Auch die Kalkulation der Tarife erfolgt gemeinsam (zu den Besonderheiten bei Beitragsanpassungen: siehe § 8 Absatz 5). Vertragspartner und alleiniger Versicherer ist jedoch nur das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Übersicht

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich

§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, Wartezeiten

§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht

§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer

§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Beitrag

§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug

Weitere vertragliche Pflichten

§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)

§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)

§ 11 Besondere Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten

Ende der Versicherung

§ 12 Ende des Versicherungsschutzes

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Aufrechnung durch Versicherungsnehmer

§ 18 Gerichtsstand

§ 19 Anwendbares Recht

Die AVB

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich

(1) Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet je nach Tarif Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.

(2) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

(3) Versicherungsfall

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

besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung und
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

Im Tarif können auch andere Ereignisse als Versicherungsfall festgelegt sein.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer den Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonstige vereinbarte Leistungen. Der Umfang der Leistung im Versicherungsfall ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifen und anderen schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Örtlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

a) Deutschland und Europa

Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern. Hierzu zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.

b) außerhalb Europas

Bei einem Aufenthalt außerhalb Europas besteht für die ersten zwölf Monate des Aufenthaltes Versicherungsschutz.

c) Erstattungshöhe im Ausland

Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.

§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes

(1) Tarifwechsel

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seinen bestehenden Versicherungsschutz zu ändern und in andere Tarife des Versicherers zu wechseln. Bei den Tarifen muss es sich um Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz handeln und die versicherte Person muss in ihnen versicherungsfähig sein. Der Wechsel erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers. Ist der neue Versicherungsschutz höher oder beinhaltet er zusätzliche Leistungen, kann der Versicherer den Tarifwechsel von der Vereinbarung eines Risikozuschlags oder eines Leistungsausschlusses für die Mehrleistung abhängig machen.

Kein Anspruch auf Tarifwechsel besteht, wenn der Tarifwechsel

- aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden (Unisex) in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist (Bisex) oder
- aus oder in befristete Tarife verlangt wird.

Beim Tarifwechsel bleiben alle erworbenen Rechte und Pflichten erhalten. Eine bis zum Tarifwechsel gebildete Alterungsrückstellung wird im neuen Tarif – nach Maßgabe dessen technischer Berechnungsgrundlage – angerechnet, sofern der neue Tarif eine Alterungsrückstellung vorsieht.

(2) Anpassung an Beihilfeänderungen

Bestehen für eine versicherte Person mit Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall Tarife zur Ergänzung des Beihilfeanspruchs und ändert sich der Bemessungssatz der Beihilfe oder entfällt der Anspruch auf Beihilfe ganz, hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer Anspruch da-

rauf, dass der Versicherungsschutz so angepasst wird, dass der veränderte Beihilfebemessungssatz oder die weggefallene Beihilfe ausgeglichen wird. Dieser Anspruch besteht jedoch nur im Rahmen bereits bestehender Krankheitskostentarife des Versicherers.

Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Beihilfeänderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz zum Ersten des Monats an, zu dem die Änderung eintritt. Eine neue Risikoprüfung wird nicht durchgeführt. Wird der Antrag später gestellt, wird der Versicherungsschutz zum Ersten des Monats umgestellt, der auf die Beantragung folgt. Ist in diesem Fall der neue Versicherungsschutz höher oder beinhaltet er zusätzliche Leistungen, kann der Versicherer einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss für die Mehrleistung verlangen.

(3) Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch den Versicherer

a) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen:

Ändern sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen und sind diese Änderungen nicht nur als vorübergehend anzusehen, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife an die geänderten Verhältnisse anzupassen. Die Änderungen müssen erforderlich erscheinen, um die Belange der Versicherungsnehmer hinreichend zu wahren. Ein unabhängiger Treuhänder prüft, ob die Voraussetzungen für die Änderungen gegeben sind und bestätigt ihre Angemessenheit. Die Änderungen werden wirksam zu Beginn des zweiten Monats, nachdem die Mitteilung über die Änderung und der maßgeblichen Gründe für die Änderung dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.

b) Unwirksamkeit einer Bedingung:

Wurde durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder den Tarifen für unwirksam erklärt, kann der Versicherer die betroffene Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass

- eine neue Regelung notwendig ist, um den Vertrag fortführen zu können oder
- das Festhalten am Vertrag ohne neue Regelung für eine der Vertragsparteien - 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.

(4) Vertragstrennung

Volljährige versicherte Personen haben jederzeit das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, als selbständigen Versicherungsvertrag fortzuführen. Eine solche Vertragstrennung erfolgt zum Ersten des übernächsten Monats, zu dem die entsprechende Erklärung der versicherten Person beim Versicherer eingeht.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, Wartezeiten

(1) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt („Versicherungsbeginn“). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Als abgeschlossen gilt der Versicherungsvertrag, wenn dem Versicherungsnehmer ein Versicherungsschein oder eine sonstige Annahmeerklärung in Textform zugeht.

Ist der Versicherungsfall vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten, wird für den gesamten Versicherungsfall keine Leistung erstatet. Tritt der Versicherungsfall zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes ein, werden nur die Kosten erstattet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes entstanden sind.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und im Falle einer Adoption

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Geburt, wenn

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

Der Versicherungsschutz für Neugeborene darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Die Wahl eines höheren Versicherungsschutzes bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist möglich.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind die vor der Geburt entstandenen körperlichen oder geistigen Schädigungen und Erkrankungen. Die Aufwendungen für Neugeborene, die vor und während der Geburt entstehen, sowie die Aufwendungen für gesunde Neugeborene direkt nach der Geburt unterliegen dem Versicherungsschutz der Mutter.

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

(3) Wartezeiten

(1) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

(2) Die besondere Wartezeit gilt für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie und beträgt acht Monate.

(3) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Die Wartezeiten entfallen bei Unfall.

(5) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten erlassen werden, wenn innerhalb von drei Wochen nach Antragsstellung auf dem vorgesehenen Vordruck ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(6) Der Tarif kann abweichende Regelungen vorsehen.

§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht

(1) Umfang der Leistung

Der konkrete Umfang der Versicherungsleistung ergibt sich aus dem vereinbarten Tarif und dessen Bedingungen (siehe Teil II).

(2) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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 erfolgversprechend 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. Tariflich können weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als Tarifleistung vereinbart werden.

(3) Arznei- und diätetische Lebensmittel, arzneimittelähnliche Medizinprodukte, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Verbrauchsmaterialien

Der Versicherungsschutz umfasst im vertraglichen Umfang Leistungen für Arznei-, diätetische Lebens-, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, arzneimittelähnliche Medizinprodukte, sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien. Die Regelung des § 4 Absatz 2 gilt hierfür entsprechend.

a) Arznei- und diätetische Lebensmittel, arzneimittelähnliche Medizinprodukte:

Sie müssen von den in § 5 Absatz 1 und 2 aufgezählten Leistungen erbringen verordnet und aus einer Apotheke bezogen werden.

Nicht erstattungsfähige sind Nahrungsergänzungsmittel, medizinische Weine, Badezusätze sowie sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe sind und nicht der parenteralen Ernährung dienen (z. B. Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente oder Aminosäuren).

Als diätetische Lebensmittel erstattungsfähig sind ausschließlich folgende diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Bilanzierte Diäten):

- Bilanzierte Diäten zur Behandlung von Krankheiten, wenn ohne diese Präparate schwere gesundheitliche Schäden eintreten, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose,
- Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung,
- Elementardiäten (Trinknahrung) bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, wenn eine Kuhmilchweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen.

b) Heilmittel:

Heilmittel sind Maßnahmen der Physiotherapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Schluck- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Maßnahmen der Ergotherapie. Sie dürfen nur von den in § 5 Absatz 1, 2 und 5 aufgezählten Leistungserbringern erbracht werden.

c) Hilfsmittel:

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.

Nicht als Hilfsmittel zählen:

- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die vor allem der Pflege oder deren Erleichterung dienen (Pflegehilfsmittel),
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien) werden nicht erstattet.

d) Digitale Unterstützung und Gesundheitsanwendungen:

Der Tarif kann vorsehen, dass die Kommunikation zwischen dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person, den Leistungserbringern und dem Versicherer über elektronische Medien stattfindet.

Er kann auch vorsehen, dass digitale Gesundheitsanwendungen über eine App o.ä. angeboten werden.

(4) Zeitliche Zuordnung der Kosten

Maßgeblicher Zeitraum für das Entstehen der Kosten ist der Zeitpunkt, zu dem die Leistung erbracht wird, z. B. der Zeitpunkt, zu dem die Behandlung stattgefunden hat oder zu dem das Arznei- oder Hilfsmittel gekauft oder bei Teilzahlungen die Rate dafür fällig wurde.

(5) Zusage zur Kostenübernahme

Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten, in Textform vom Versicherer Auskunft verlangen, ob und in welchem Umfang die beabsichtigte Heilbehandlung erstattet wird. Der Versicherer erteilt die Auskunft, mit Gründen versehen, innerhalb von vier Wochen. Legt der Versicherungsnehmer einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen vor, muss der Versicherer in seiner Antwort darauf eingehen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, erteilt der Versicherer die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Erteilt der Versicherer die Auskunft nicht innerhalb der Frist, wird - bis zum Beweis des Gegenteils - vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist.

(6) Gutachteneinsicht

Hat der Versicherer bei der Prüfung, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist, Gutachten oder Stellungnahmen eingeholt, kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, die es betrifft, Einsicht in diese Unterlagen verlangen. Stehen der Einsichtnahme erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen, hat die davon betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter das Recht einen Arzt oder Rechtsanwalt zu benennen, dem der Versicherer Auskunft erteilen oder Einsicht geben muss.

Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf

Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer

(1) Ärztliche Leistungserbringer

Der versicherten Person steht die Wahl unter allen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus können auch medizinische Versorgungszentren, ambulante Operationszentren oder Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch genommen werden.

(2) Heilpraktiker

Es können auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden. Psychotherapeutische Leistungen durch Heilpraktiker werden nur erstattet, wenn dies tariflich vorgesehen ist.

(3) Psychotherapeuten

Leistungen für Psychotherapie werden auch erstattet, wenn sie von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden.

(4) Leistungserbringer bei Schwangerschaft und Entbindung

Bei Schwangerschaft und Entbindung können auch Hebammen und Entbindungspfleger sowie Entbindungsheime und Geburtshäuser in Anspruch genommen werden.

(5) Sonstige Heilberufe

Auf ärztliche Verordnung oder auf Verordnung eines Heilpraktikers haben die versicherten Personen freie Wahl unter den Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z. B. Krankengymnasten, Masseure und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fußpfleger und Podologen nach dem Podologengesetz (PodG)).

(6) Krankenhäuser

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.

(7) Palliative Leistungserbringer, Hospize

Palliativmedizinische Leistungen werden erstattet, wenn die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen. Bei voll- und teilstationären Hospizleistungen hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen.

(8) Weitere Leistungserbringer

Tariflich können weitere Leistungserbringer (z. B. Pflegekräfte, Pädagogen) vorgesehen sein.

(9) Gebührenordnungen

Kosten sind erstattungsfähig, wenn sie nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen berechnet werden (Arzt- und Zahnarztkosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Heilpraktikerkosten nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach der Hebammengebührenordnung (HebGebO), psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)).

§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten

(1) Der Versicherer leistet nicht

- a) für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch **Kriegsereignisse oder innere Unruhen** verursacht wurden. Terroristische Anschläge gelten weder als Kriegsereignisse noch als innere Unruhen.

Wird die versicherte Person im Ausland durch eines dieser Ereignisse überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers hingegen bestehen.

- b) für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person **vorsätzlich herbeigeführt** wurden.
- c) für **Behandlungen durch Leistungserbringer, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat**. Der Leistungsausschluss beginnt zum Zeitpunkt, zu dem der Versicherer den Versicherungsnehmer über den Leistungsausschluss informiert hat. Ist ein Versicherungsfall zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen, da noch Behandlungsbedürftigkeit besteht (siehe § 1 Absatz 2), leistet der Versicherer weitere drei Monate für Behandlungen dieses Leistungserbringers, gerechnet ab Zugang der Mitteilung über den Leistungsausschluss beim Versicherungsnehmer.
- d) für **Behandlungen durch Familienangehörige (Ehegatten, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder)**. Die nachgewiesenen Sachkosten werden in tariflicher Höhe erstattet.
- e) für eine durch **Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung**, sofern in diesen Fällen tariflich nicht ausdrücklich Leistungen vorgesehen sind.

(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt

- a) für **Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen** (d. h. für alle ambulanten und stationären Behandlungen, die darauf abzielen, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen). Sofern der Tarif Leistungen vorsieht, werden nur drei ambulante oder stationäre Maßnahmen pro versicherter Person während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet. Die Behandlung muss in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen.
Diese Einschränkung gilt nicht für akute Entgiftungsmaßnahmen.
- b) für **Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren**.
Sie werden nur erstattet, wenn der Tarif hierfür ausdrücklich Leistungen vorsieht.
- c) für **refraktive-chirurgische Maßnahmen**.
Sie werden nur erstattet, wenn der Tarif hierfür ausdrücklich Leistungen vorsieht.
- d) für **Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten**. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.
- e) für **Behandlungen oder sonstige Leistungen**, bei denen die Aufwendungen in einem **auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen** stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.
- f) für Leistungen, für die auch ein Anspruch besteht
- gegenüber der **gesetzlichen Unfallversicherung** oder
 - gegenüber der **gesetzlichen Rentenversicherung** oder
 - aus dem Soldatenversorgungsgesetz oder
 - auf **gesetzliche Heilfürsorge** oder
 - auf **Unfallfürsorge** oder
 - **gegenüber der Pflegepflichtversicherung**.

In diesen Fällen erstattet der Versicherer nur die Leistungen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen und notwendig sind.

(3) Ansprüche gegen mehrere Leistungserbringer

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistung

Die Versicherungsleistungen sind beim Versicherer zu beantragen. Der Versicherer erstattet die Leistungen, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer kann Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, im Original verlangen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung

Der Versicherer erbringt die vereinbarten Leistungen, wenn er die für die Feststellung des Versicherungsfalles und den Umfang seiner Leistungspflicht erforderlichen Untersuchungen durchgeführt hat. Sind die Untersuchungen nicht innerhalb eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen, kann der Versicherungsnehmer eine Abschlagszahlung verlangen. Als Höhe der Abschlagszahlung kann ein Betrag gefordert werden, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Untersuchungen

infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Auszahlung von Versicherungsleistungen mit Auslandsbezug

Bei Rechnungen oder Unterlagen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung ins Deutsche verlangen. Fallen Kosten für die Übersetzung der Versicherungsleistungen oder für Übersetzungen an, können diese von den Leistungen abgezogen werden. Krankheitskosten, die in Fremdwährung berechnet wurden, werden in Euro ausgezahlt. Dabei werden sie zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Durch Bankbelege kann nachgewiesen werden, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(4) Empfänger der Versicherungsleistungen

Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt an den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer in Textform mitgeteilt, dass die Versicherungsleistung an die betroffene versicherte Person erfolgen soll, so leistet der Versicherer an diese.

Beitrag

§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug

(1) Höhe und Zeitpunkt der Beitragszahlung

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten. Er wird ab Versicherungsbeginn berechnet und ist zu Beginn eines jeden Kalenderjahres zu entrichten. Bei Neuabschluss des Vertrages ist der erste Beitrag - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechtes - unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines oder einer sonstigen Annahmeerklärung zu zahlen. Gleiches gilt bei der Neuaufnahme einer versicherten Person für deren Beitrag.

Der Beitrag kann auch in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig und gelten bis dahin als gestundet.

Die Höhe des Beitrags ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

(2) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) berechnet. Die Einzelheiten der Berechnung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Bei der Berechnung des Beitrags wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, werden für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Krankheitsrisiko Alterungsrückstellungen gebildet. Eine Änderung des Beitrags wegen Älterwerdens der versicherten Person ist in diesem Fall ausgeschlossen. Davon abweichend müssen für versicherte Personen, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollenden, ab Beginn des Kalenderjahres, zu dem dieses Ereignis eintritt, die Beiträge für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 Jahre bezahlt werden.

Ändern sich die Beiträge, z. B. auf Grund einer Änderung des Umfanges des Versicherungsschutzes, wird bei der Berechnung des neuen Beitrags das beim Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Die Berechnung des tariflichen Lebensjahres erfolgt entsprechend der Berechnung des Eintrittsalters, abgestellt auf den Zeitpunkt der Beitragsänderung. Bei der Änderung der Beiträge kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend anpassen. Besteht bei Vertragsänderung ein erhöhtes Risiko, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, zusätzlich zum Beitrag, einen angemessenen Zuschlag verlangen. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen, wird vom Versicherer jährlich festgelegt.

(3) Beitragsanpassung

Durch steigende Heilbehandlungskosten, häufigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, steigende Lebenserwartung und ähnliche Ereignisse können sich die Leistungsausgaben des Versicherers, trotz gleichbleibenden vertraglichen Leistungsumfangs, ändern. Aus diesem Grund ist der Versicherer gesetzlich verpflichtet, zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten mit denen in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten zu vergleichen. Diese Gegenüberstellung wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Da die Tarife, die diesen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und nebeneinander angeboten werden, wird die Gegenüberstellung bei beiden Unternehmen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Ergibt die Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen oder den Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Die Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern einheitlich.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag geändert werden.

Beitragsanpassungen, Änderungen von festgelegten Selbsthalten und von eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Zahlungsverzug

Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(5) Beiträge bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, wird der Beitrag nur bis zu dem Zeitpunkt berechnet, zu dem das Versicherungsverhältnis endet.

Wird das Versicherungsverhältnis durch den Versicherer vorzeitig durch Rücktritt wegen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, hat der Versicherer Anspruch auf den Beitrag bis zum Zeitpunkt, zu dem der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird.

Weitere vertragliche Pflichten

§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)

(1) Auskunftserteilung

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 7 Absatz 4) 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) Untersuchungspflicht

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

(3) Schadenminderungspflicht

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

(4) Information über den Abschluss weiterer Krankheitskostenversicherungen

Wird für eine versicherte Person eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen, hat der Versicherungsnehmer den Versicherer hierüber unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)

(1) Leistungsfreiheit, teilweise Leistungsfreiheit

Werden die Mitwirkungspflichten nach § 9 verletzt, ist der Versicherer, unter den Voraussetzungen des § 28 Absatz 2-4 VVG ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Hat der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer leistungsfrei. Hat er sie grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer seine Leistungen kürzen. Ein Nichtvorliegen der groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer nachzuweisen. Die Kürzung erfolgt in einem Verhältnis, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Trifft den Versicherungsnehmer die Auskunfts- oder Aufklärungspflicht erst nach Eintritt des Versicherungsfalles, hat ihn der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen einer Verletzung hinzuweisen.

Wurde eine Mitwirkungspflicht verletzt, die nicht ursächlich für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist, ist der Versicherer nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht arglistig verletzt hat.

(2) Fristlose Kündigung

Hat der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht nach § 9 Absatz 4 vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer Tarife, die nicht der Pflicht zur Versicherung dienen (§ 193 Absatz 3 VVG) innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.

(3) Zurechnung der Kenntnis und des Verschuldens der versicherten Person

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

§ 11 Besondere Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) bei Ersatzansprüchen gegenüber Dritten

(1) Abtretung von Ersatzansprüchen

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Schadensersatzansprüche), sind diese – unbeschadet der Regelungen zum gesetzlichen Forderungsübergang gem. § 86 VVG – an den Versicherer schriftlich abzutreten. Die Abtretung ist in ihrer Höhe begrenzt auf das, was aus diesem Versicherungsvertrag als Ersatz zu leisten ist (Kosten, Dienst- und Sachleistungen).

Gleiches gilt, wenn dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person Ansprüche gegen einen Leistungserbringer auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte zustehen und der Versicherer auf Grund dieses Versicherungsvertrages hierfür Leistungen erbracht hat.

(2) Sicherung von Ersatzansprüchen

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zu seiner Sicherung dienendes Recht zu wahren. Dabei haben sie die geltenden Form- und Fristvorschriften zu beachten und den Versicherer bei der Durchsetzung seiner Ansprüche, soweit dies erforderlich ist, zu unterstützen.

(3) Folgen bei der Verletzung der besonderen Mitwirkungspflichten

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Mitwirkungspflichten des § 11 vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer zur Leistung nur insoweit verpflichtet, wie er auch Ersatz vom Dritten oder dem Leistungserbringer erlangen kann. Wurden die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer seine Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt in einem Verhältnis, das der Schwere des Verschuldens entspricht.

Ende der Versicherung

§ 12 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch wenn der Versicherungsfall noch nicht abgeschlossen ist, mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Ordentliche Kündigung

Das Versicherungsverhältnis kann vom Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Kalenderjahres – frühestens jedoch zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn – mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

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

(2) Außerordentliche Kündigung

a) Kündigung bei vertraglich vereinbarter Beitragsänderung

Ändert sich durch eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag der Beitrag, weil z. B.

- der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Lebensaltersgruppe gilt oder
- der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird,

kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Änderung kündigen. Die Kündigung wird wirksam zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung.

b) Kündigung bei einer Beitragsanpassung oder Leistungsminderung durch den Versicherer

Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 8 Absatz 5 oder vermindert er seine Leistungen gem. § 2 Absatz 5, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann darüber hinaus bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung oder die Leistungsminderung in Kraft tritt.

c) Kündigung bei Teilbeendigung durch den Versicherer

Hat der Versicherer nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung erklärt, kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung des übrigen Teils des Versicherungsverhältnisses zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist. Hat der Versicherer gekündigt, kann die Aufhebung zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung verlangt werden. Die Aufhebung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Anfechtungs-, Rücktritts- oder Kündigungserklärung des Versicherers erklärt werden.

(3) Kenntnis und Fortsetzungsrecht der versicherten Person

- a) Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.
- b) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis ganz oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben.

(4) Weiterführung als Anwartschaft

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, die gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaft fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Ordentliche Kündigung

Die ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen.

(2) Außerordentliche Kündigung

Die gesetzlichen Vorschriften über die außerordentliche Kündigung bleiben unberührt.

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Tod des Versicherungsnehmers

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Tod der versicherten Person

Durch den Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

(3) Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug

Bei Verlegung des Wohnsitzes in ein Land, das nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der versicherten Person, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaft fortzusetzen.

(4) Ende der Versicherungsfähigkeit

Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Aufrechnung durch Versicherungsnehmer

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

§ 18 Gerichtsstand

(1) Klagen gegen den Versicherungsnehmer

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, sofern kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer ist wahlweise

- das Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder
- das Gericht am Sitz des Versicherers

zuständig.

(3) Bei Klagen, wenn Versicherungsnehmer kein Wohnsitz in Deutschland oder Europa hat

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Abschluss des Versicherungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands, eines Staates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraumes, ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig. Gleiches gilt, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers nicht bekannt ist.

§ 19 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

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
Internet: www.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.