Versicherungsdienst des Bäckerhandwerks GmbH

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung (bKV) Benefit 4 you KV300/KV600

HINWEIS ZUM AUFBAU UND ZUR ANWENDUNG

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus einem allgemeinen Teil (Teil 1), in welchem die grundsätzlichen vertraglichen Rahmenbedingungen beschrieben werden, und der Tarifbeschreibung (Teil 2). Die Tarife „VDB Benefit 4 you KV300“ bzw. „VDB Benefit 4 you KV600“ dienen der Ergänzung der Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, die stets vorrangig in Anspruch zu nehmen sind.

Teil 1 (Allgemeiner Teil)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle. Er erbringt dafür Leistungen gemäß Teil 2.

§ 2 Versicherter Personenkreis

Versicherte Personen (das sind die Personen, auf denen die Versicherung abgeschlossen ist) sind die sozialversicherungspflichtigen, teil- und vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages. Als Vollzeitbeschäftigung gilt eine tarifliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden Wochenarbeitszeit.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes und Definition des Versicherungsjahres

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem nächsten Monatsersten nach Anmeldung der zu versichernden Person durch den Versicherungsnehmer zum Gruppenversicherungsvertrag, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 4 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 5 Anspruch auf Versicherungsleistungen

Der Anspruch auf Versicherungsleistungen steht der versicherten Person zu.

§ 6 Umfang der Leistungspflicht

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem jeweils vereinbarten Tarif.

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

Wir leisten nicht

- Für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden
- Für Rechnungen außerhalb Deutschlands als auch solange sich die versicherte Person außerhalb Deutschlands aufhält

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Rechnungsbelege (inklusive eines eventuellen Vorleistungsvermerkes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der privaten Krankenversicherung (PKV) bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter) nachzuweisen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise und Leistungsunterlagen erbracht sind. Der Versicherer behält sich vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise und Leistungsunterlagen (z. B. die Originalrechnung) zu verlangen.

Rechte und Pflichten

§ 9 Beitragszahlung

Der Versicherungsnehmer zahlt die Beiträge.
Die Beiträge sind monatlich zu entrichten. Sie werden vom Versicherer im Lastschriftverfahren eingezogen.

§ 10 Obliegenheiten

Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

§ 12 Überschussverwendung

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

§ 13 Ruhen des Versicherungsverhältnisses

Auf Antrag des Versicherungsnehmers erfolgt das Ruhen des Versicherungsverhältnisses für Zeiten, in denen die versicherte Person infolge der nachfolgend genannten Gründe kein Arbeitsentgelt bekommt:

- Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall,
- Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG),
- Pflege eines nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder
- vorübergehende Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung aus einem anderen Grund (z. B. „Sabbatical“).

Für die Zeit des Ruhens während entgeltfreier Zeiten

- werden vom Versicherungsnehmer keine Beiträge gezahlt und
- die versicherte Person hat keinen Anspruch auf Leistungen nach dem jeweils vereinbarten Tarif,

Dauer und Ende der Versicherung

§ 14 Vertragsdauer

Der Gruppenversicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wird.

§ 15 Kündigungsrechte des Versicherers

(1) Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist bezogen auf das einzelne Versicherungsverhältnis ausgeschlossen.
(2) Zur ordentlichen Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages ist der Versicherer nach § 206 Abs. 4 VVG (siehe Anhang) berechtigt.
(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben, auch bezogen auf einzelne Versicherungsverhältnisse, unberührt.

§ 16 Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sofern sich Prämien oder Leistungen ändern sollten, kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 17 Ende des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person

- mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
- zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem jeweils vereinbarten Tarif entfallen;
- mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb von Europa;
- mit Bezug einer Altersrente der versicherten Person;
- zum Ende des Jahres, in dem sie das 67. Lebensjahr vollendet;
- mit dem Tod der versicherten Person.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 18 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis nach den §§ 14 bis 17, kann die versicherte Person im unmittelbaren Anschluss daran das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung - sofern der Versicherer einen entsprechenden Tarif anbietet und für diese Person Aufnahme - und Versicherungsfähigkeit besteht - fortsetzen. Die Erklärung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist gegenüber dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt, in Textform abzugeben.

(2) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses besteht nicht, wenn der Kündigungs- oder Beendigungsgrund im Verhalten der versicherten Person liegt und dem Versicherer die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dieser versicherten Person unzumutbar ist.

§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Der Schriftwechsel zu Fragen, die Rechte oder Pflichten des Versicherungsnehmers aus dem Gruppenversicherungsvertrag insgesamt und aus sämtlichen Versicherungsverhältnissen betreffen, wird zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit Zugang beim Versicherungsnehmer auch gegenüber der versicherten Person wirksam.

(3) Der Schriftwechsel zu Fragen, die ausschließlich Rechte und Pflichten der versicherten Person aus dem einzelnen Versicherungsverhältnis betreffen, wird ausschließlich zwischen der versicherten Person und dem Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit dem Zugang bei der versicherten Person wirksam.

(4) Schriftwechsel und Leistungsansprüche sind unter Angabe der Versicherungsnummer an den Versicherer zu richten

§ 20 Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag können gegen den Versicherer

- bei dem für den Sitz des Versicherers oder
- bei dem für den Wohnsitz – in Ermangelung eines solchen bei dem für den gewöhnlichen Aufenthaltsort – oder bei dem für den Geschäftssitz (ggf. für die Niederlassung) des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

(2) Ansprüche gegen den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person können ausschließlich an dem für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort oder an dem geltenden Geschäftssitz (ggf. der Niederlassung) des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages seinen / ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen Geschäftssitz (ggf. seine Niederlassung) in ein anderes Land oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort oder Geschäftssitz (ggf. die Niederlassung) des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das für den Sitz des Versicherers örtlich zuständige Gericht zuständig

§ 21 Änderungen der AVB

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

Teil 2 (Tarifbeschreibung)

Die Tarifbeschreibung gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Krankenzusatzversicherung.

Leistungsübersicht
Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.
Wir erstatten aus dem jeweiligen Tarif 100 % für:

- Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen); maximal 200€ pro Kalenderjahr
- Refraktive Chirurgie (brechkraftverändernde Augenoperationen)
- Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen
- Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen)
- gesetzliche Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.
- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe; maximal 80€ pro Kalenderjahr
- Gesetzliche Zuzahlungen

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den folgenden Abschnitten.

I Erstattungsmerkmale

1. Erstattungshöchstbetrag
Für **alle** unter II. aufgeführten Leistungen erstatten wir insgesamt maximal je versicherter Person und je Kalenderjahr aus dem Tarif:

Benefit 4 you 300	Benefit 4 you 600
300 EUR	600 EUR

Beginnt die Versicherung nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Erstattungshöchstbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

2. Zuordnung der Kosten
Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet,
- dass Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel bezogen wird oder
- wir sonstige tarifliche Leistungen zahlen.

Das Rechnungsdatum ist dafür nicht maßgeblich.

3. Verhältnis zu weiteren Leistungen anderer Versicherer (GKV und PKV)
Leistungen aus den Tarifen einer bestehenden Privaten Krankenversicherung, einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Zusatzversicherungen innerhalb der PKV/GKV gehen den Leistungen aus unseren Tarifen vor. Verbleibende Rechnungsbeträge werden nach unseren Tarifen erstattet, soweit sie dort erstattungsfähig sind.

II Unsere Leistungen

1 Sehhilfen

Versichert sind die Kosten für:

- Brillengläser,
- Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Reparaturen.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Kosten bis zu 200 EUR innerhalb eines Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn. Dieser Betrag ist unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen und Reparaturen.

Nicht versichert sind die Kosten für die Pflege und die Reinigung von Sehhilfen.

2 Refraktive Chirurgie

Versichert sind Operationen der refraktiven Chirurgie: beispielsweise Lasik, also Augenlasern.
Sind nach der Operation erneut Sehhilfen nötig, so sind diese im tariflichen Umfang gemäß 1 „Sehhilfen“ versichert.

3 Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse

Versichert sind die Kosten für:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die Vorsorge während der Schwangerschaft,
- sportmedizinische Untersuchungen,
- Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt,
- die Grippeschutzimpfung,
- die Zeckenschutzimpfung (FSME).

Nicht versichert sind:

- Kosten für dienstliche Zwecke, beispielsweise eine Untersuchung zur Flugtauglichkeit,
- Gendiagnostische Untersuchungen,
- Schutzimpfungen, zu deren Übernahme der Arbeitgeber per Gesetz verpflichtet ist
- Reiseschutzimpfungen
- Kosten für Präventionskurse

4 Naturheilverfahren

Versichert sind die Kosten für Naturheilverfahren bei der ambulanten Behandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker.
<u>Voraussetzungen:</u>

- Heilpraktiker erfüllen die Anforderungen nach dem deutschen Heilpraktikergesetz und rechnen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab,
- Ärzte rechnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab.

Als Naturheilverfahren gelten alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung. Dies schließt alle Leistungen mit ein, die im aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) enthalten sind.
Wir erstatten auch Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordnet wurden. Sie müssen die Arzneimittel in der Apotheke kaufen. Nicht versichert sind die Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker.

5 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Versichert sind die erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel. Heilmittel sind zum Beispiel:

- Hydrotherapie (beispielsweise medizinische Bäder),
- Massagen,
- Kälte- und Wärmetherapie (beispielsweise Packungen),
- Inhalationen,
- mechanische Behandlung (beispielsweise Behandlung mit einem Schlingentisch),
- Lichttherapie (beispielsweise Behandlung mit Ultraviolett-Licht),
- Bestrahlungen (beispielsweise Behandlung mit Heißluft)
- Behandlung mit elektrischem Strom (beispielsweise Behandlung mit Reizstrom),
- Atmungsbehandlung,
- logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen,
- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (beispielsweise manuelle Therapie, Chirogymnastik),
- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie),
- osteopathische Behandlung,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- therapeutisches Reiten (Hippotherapie) sowie
- Bewegungstherapie (Heileurythmie).

Nicht versichert sind die Kosten für den Unterhalt, den Betrieb, die Pflege, die Wartung, Reparatur und die Reinigung von Hilfsmitteln. Das sind zum Beispiel Kosten für Strom, den Ersatz von Batterien, Akkus oder Ladegeräten.

Nicht versichert sind die Kosten für folgende Geräte – auch wenn diese ärztlich verordnet sind:

- Geräte, die überwiegend zum Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich gehören (beispielsweise Ergometer und Heimtrainer)
- Geräte zur allgemeinen Lebensführung. Das sind zum Beispiel: Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen. Mund- und Nasenduschen sowie Zahnbürsten.

6 Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahnprophylaxe

(1) Zahnbehandlung:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen (einschließlich etwaiger Zuzahlungen) für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

(2) Zahnersatz:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen (einschließlich etwaiger Zuzahlungen) für zahnärztlich erbrachte Zahnersatzmaßnahmen.

(3) Zahnprophylaxe:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen (einschließlich etwaiger Zuzahlungen) für zahnärztliche erbrachte Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prophylaxe) inklusive professioneller Zahnreinigung. Die Leistungen der Zahnprophylaxe können auch durch zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) erbracht werden. Diese Leistungen sind auf max. 80 € pro Kalenderjahr begrenzt.

7 Gesetzliche Zuzahlungen

Versichert sind auch die im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Bitte legen Sie uns zur Erstattung eine ärztliche Verordnung und einen Beleg für die Zuzahlung vor.

8 Behandlung in Deutschland

(1) Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen. Heilpraktiker müssen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) abrechnen.

(2) Für Heilmittel wenden wir die Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an. Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen erstatten wir ohne Begründung bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ. Wenn ein Heilmittel nicht in der GOÄ aufgeführt ist, zahlen wir maximal den beihilfefähigen Höchstsatz.
Folgende Fachkräfte dürfen Heilmittel erbringen:

- Ärzte
- Heilpraktiker sowie
- nach Verordnung durch Ärzte oder Heilpraktiker:
- andere staatlich geprüfte oder staatlich anerkannte Angehörige von Gesundheitsberufen oder medizinischen Assistenzberufen. Das sind zum Beispiel Osteopathen, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Masseure, Hebammen.

8 Behandlung im Ausland

Für Behandlungen im Ausland werden keine Kosten übernommen.

III Beiträge

1 Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. In den Tarifen Benefit 4 you KV300 und Benefit 4 you KV600 gibt es jeweils eine Beitragsgruppe für alle Alter 16 bis 70 Jahre.

2 Beitragsanpassung

Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn die Kosten für Heilbehandlungen steigen oder Leistungen häufiger als einkalkuliert beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die aufgewendeten mit den nach unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, können wir diese neu festsetzen, wenn ein unabhängiger Mathematischer Sachverständiger die technischen Berechnungsgrundlagen und die tatsächlichen Aufwände überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1 Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

a) die versicherte Person aus dem Unternehmen ausscheidet,
b) der Gruppenversicherungsvertrag mit dem Arbeitgeber endet,
c) das Arbeitsverhältnis für die versicherte Person ruht, beispielsweise während der Elternzeit oder bei Ableistung eines Freiwilligendienstes,
d) die versicherte Person Altersrente bezieht.

(2) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt. Wir müssen innerhalb von zwei Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.

2 Fortführungsmöglichkeiten

Aktuell existiert kein Tarif, der eine einzelvertragliche Fortführung ermöglicht.

V Anhang und Auszüge aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 VVG

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.

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

§ 206 VVG

Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

(3) Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 3 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.