

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen IGBCE



Barmenia  
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal



## Allgemeine Versicherungsbedingungen

## Inhaltsübersicht

## Seite

### In diesem Druckstück:

#### Teil I

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Mitglieder der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IGBCE) und deren Angehörige (AVB/IGBCE)

### In gesonderten Druckstücken:

#### Teil II

Tarife

Stand 01.05.2026

Versicherungsträger ist ein Konsortium, bestehend aus Barmenia Krankenversicherung AG und R+V Krankenversicherung AG – nachfolgend Versicherer genannt.

### Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3	Wartezeiten	2
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	2
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	3
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	4

### Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	4
§ 8a	Beitragsberechnung	4
§ 8b	Beitragsanpassung	4
§ 9	Obliegenheiten	5
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	5
§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	5
§ 12	Aufrechnung	5

### Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	5
§ 14	Kündigung durch die Versicherer	5
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	5

### Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	6
§ 17	Gerichtsstand	6
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	6

Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg

7

### Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

7

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

8

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbe- reich des Versicherungsschutzes

1. Die Versicherer bieten Versicherungs-  
schutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Ver-  
trag genannte Ereignisse. Sie erbringen, sofern ver-  
einbart, damit unmittelbar zusammenhängende zu-  
sätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall er-  
bringen die Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von  
Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst  
vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei  
stationärer Heilbehandlung ein Krankenhausta-  
gegeld.
2. Für erhöhte Risiken können bei Abschluss  
oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge  
und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
3. Versicherungsfall ist die medizinisch not-  
wendige Heilbehandlung einer versicherten Person  
wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versiche-  
rungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet,  
wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbe-  
dürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehand-  
lung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt  
werden, die mit der bisher behandelten nicht ursäch-  
lich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer  
Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Be-  
handlung wegen Schwangerschaft, die Entbin-  
dung, der nicht rechtswidrige Schwangerschafts-  
abbruch und die Fehlgeburt,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung  
von Krankheiten, soweit hierfür Leistungen ver-  
einbart sind,
  - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes  
ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren  
schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Ver-  
sicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungs-  
bedingungen IGBCE, Tarif mit Tarifbedingungen) so-  
wie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versiche-  
rungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf  
Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinba-  
rung auf außereuropäische Länder ausgedehnt wer-  
den (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Mo-  
nats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außer-  
europäischen Ausland besteht auch ohne besondere  
Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Auf-  
enthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über ei-  
nen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Ver-  
sicherungsschutz, solange die versicherte Person  
die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesund-  
heit antreten kann.
6. Verlegt eine versicherte Person ihren ge-  
wöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitglieds-  
staat der Europäischen Union, in einen anderen Ver-  
tragsstaat des Abkommens über den Europäischen  
Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich  
das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort,  
dass die Versicherer höchstens zu denjenigen Lei-  
stungen verpflichtet bleiben, die sie bei einem Aufent-  
halt im Inland zu erbringen hätten.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem  
im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt  
(Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss  
des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang  
des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen  
Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Warte-  
zeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des  
Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht  
geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertra-  
ges eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den  
Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in  
die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezei-  
ten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für  
den hinzukommenden Teil des Versicherungsschut-  
zes.

2. Die Bestimmungen über den Beginn des  
Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der  
nachträglichen Mitversicherung von Personen, bei  
der Erhöhung des Versicherungsschutzes und bei  
der Erweiterung des Versicherungsschutzes um den  
Ersatz solcher Aufwendungen, die bisher nicht Ge-  
genstand des Versicherungsschutzes waren.

3. Bei Neugeborenen beginnt der Versiche-  
rungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Warte-  
zeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der  
Geburt ein Elternteil bei den Versicherern versichert  
ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens  
zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwir-  
kend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht hö-  
her oder umfassender als der eines versicherten El-  
ternteils sein.

4. Für Neugeborene, die nach Absatz 3 ab  
Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Ver-  
sicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der  
Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchti-  
gungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krank-  
heiten und Anomalien.

5. Der Geburt eines Kindes steht die Adop-  
tion gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adop-  
tion noch minderjährig ist.

### § 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versiche-  
rungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Mo-  
nate. Sie entfällt
  - a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner ge-  
mäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe An-  
hang) einer mindestens seit drei Monaten ver-  
sicherten Person, sofern eine gleichartige Ver-  
sicherung innerhalb zweier Monate nach der Ehe-  
schließung beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für  
Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung,  
Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei  
Unfällen.
5. Sofern der Tarif es vorsieht, können die  
Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung er-  
lassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über  
den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

6. Wird die Versicherung mit ärztlicher Unter-  
suchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die  
Wartezeiten.

7. Bei Vertragsänderungen gelten die Warte-  
zeitregelungen für den hinzukommenden Teil des  
Versicherungsschutzes.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen  
ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Der versicherten Person steht die Wahl un-  
ter den niedergelassenen approbierten Ärzten und  
Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts  
anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne  
des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch  
genommen werden.

- 2.1 Es können auch Hebammen bzw. Entbin-  
dungspfleger sowie bei Psychotherapie Ärzte, in ei-  
gener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene  
approbierte Psychotherapeuten, psychologische  
Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

- 2.2 Es können auch Krankenhausambulanzen  
zur ambulanten Heilbehandlung in Krankenhäusern  
in Anspruch genommen werden.

- 2.3 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbe-  
handlung hat die versicherte Person die freie Wahl  
auch unter medizinischen Versorgungszentren und  
Diagnosezentren sowie sozialpädiatrischen Zentren  
und Frühförderstellen.

- 2.4 Heilmittel können auch von staatlich ge-  
prüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (z. B.  
Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten,  
Ergotherapeuten, Logopäden) erbracht werden, so-  
weit sie ärztlich verordnet wurden.

- 2.6 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen  
bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den  
Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer  
Kostenträger leistungspflichtig ist.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel  
müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden  
verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke  
bezogen werden.

- 3.1 Als Arzneimittel gelten auch medikamen-  
tenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang  
mit der Behandlung von schweren Erkrankungen  
verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im  
Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt  
werden können.

- 3.2 Ausgeschlossen sind solche Mittel, die der  
individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel  
Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsredu-  
zierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwanger-  
schaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr-  
und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und  
Vitaminpräparate.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer  
Heilbehandlung hat die versicherte Person freie  
Wahl unter den öffentlichen und privaten Kranken-  
häusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung ste-  
hen, über ausreichende diagnostische und therapeu-  
tische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschich-  
ten führen.

Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

4.1 Wird vom Krankenhaus der Entlassungstag nicht gesondert berechnet, so gilt dieser Tag in der Krankheitskostenversicherung ebenfalls nicht als Tag einer stationären Heilbehandlung.

4.2 Bei einer stationären Heilbehandlung sind drei Formen möglich:

- Die vollstationäre Behandlung  
Sie setzt voraus, dass das Behandlungsziel nur erreicht werden kann, wenn der Patient in vollen zeitlichen und organisatorischen Umfang in das Krankenhaus aufgenommen und dort untergebracht und versorgt wird.
- Die teilstationäre Behandlung  
Sie kommt dann in Betracht, wenn auf Grund der Erkrankung eine vollstationäre Unterbringung nicht erforderlich ist, weil die Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur während der Nacht notwendig ist (tagesklinische bzw. nachtklinische Behandlung).
- Die vor- und nachstationäre Behandlung  
Sie findet ohne Unterkunft und Verpflegung statt und hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

4.3 Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind die nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte. Soweit die Grundsätze der Bundespflegegesetzverordnung Anwendung finden, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die nach der Bundespflegegesetzverordnung ermittelten Pflegesätze und Zuschläge.

Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen der zuvor genannten Regelungen berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen.

4.4 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter Bundeswehrkrankenhäusern und Entbindungsanstalten.

4.5 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage der Versicherer ist nicht erforderlich. Die Versicherer werden in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlen die Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für drei Wochen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,00 EUR pro Tag.

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn die Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

5.1 Keine vorherige Zusage ist erforderlich

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,
- bei Notfallbehandlung,
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthaltes in einer Krankenanstalt nach Absatz 5 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,
- sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

6. Die Versicherer leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; die Versicherer können jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

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

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

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Bei Kriegereignissen besteht nur für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch vorhersehbare Kriegereignisse (z. B. wegen Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) verursacht worden sind. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen.

Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von Absatz 3 geleistet.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen die Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

1c.1 Unter der Voraussetzung des Abs. c) besteht auch keine Leistungspflicht für Behandlung durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie in eigener Praxis tätige, ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, deren Rechnungen die Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können die Versicherer ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind die Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind die Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankentagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die Versicherer sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihnen geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der Versicherer.

2. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung, Daten der Behandlung.

Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen.

Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

3. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der Versicherer aus § 14 VVG (siehe Anhang).

4. Die Versicherer sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihnen diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat.

Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

5. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei den Versicherern eingehen, in Euro umgerechnet.

6. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei den Versicherern 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 wurden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

7. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden, wenn sie dadurch entstehen, dass die Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornehmen oder besondere Überweisungsformen wählen.

8. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

9. Ist ein Versichertenalausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwelende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

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

5. Mahnkosten werden nur in nachweisbarer Höhe erhoben.

6. Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet (vgl. Abs. 5).

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

8. Die Beiträge sind an die von den Versicherern zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

### § 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Versicherer festgelegt.

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

3. Bei Beitragsänderungen können die Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht den Versicherern für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb der Versicherer zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### § 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungs zugesage können sich die Leistungen der Versicherer z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern.

Dementsprechend vergleichen die Versicherer mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so kann der Beitrag von den Versicherern angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

2. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### § 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen der Versicherer jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht der Versicherer und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Rechte zum Datenschutz bleiben davon unberührt.

2. Auf Verlangen der Versicherer ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von den Versicherern beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten, soweit der Tarif und die Tarifbedingungen dies vorsehen.

5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung der Versicherer abgeschlossen werden.

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Die Versicherer sind 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 § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so können die Versicherer ein Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

### § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch

oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind die Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als sie infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind die Versicherer berechtigt, ihre Leistung einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

### § 12 Aufrechnung

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

### Ende der Versicherung

#### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

2. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.

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

4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

5. Erhöhen die Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindern sie ihre Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens

der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

6. Erhöhen die Versicherer auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

7. Der Versicherungsnehmer kann, sofern die Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung der Versicherer zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

8. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### § 14 Kündigung durch die Versicherer

1. Die Versicherer verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

4. Kündigen die Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Die Versicherer können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 6 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

4. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn die Versicherer von dieser Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangen.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber den Versicherern bedürfen der Textform.

### § 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2. Klagen gegen die Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz der Versicherer anhängig gemacht werden.

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der Versicherer zuständig.

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

## Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen der Versicherer nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit den Versicherern 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](http://www.pkv-ombudsmann.de)

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

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 die Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für die Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen die Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

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

## Hinweis auf den Rechtsweg

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

## Anhang

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VG)

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer 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

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

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

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

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

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

6. Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist

kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

#### § 28 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.

#### § 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.

#### **Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]**

##### **§ 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 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.