

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif AKTIV CLASSIC

Tarif 510

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Allgemeine Grundsätze
§ 2	Leistungen des Versicherungsvertrages
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht
§ 4	Leistungsauszahlung
§ 5	Obliegenheiten
§ 6	Beitrag
§ 7	Beitragszahlung
§ 8	Beitragsanpassung, Leistungserhöhung
§ 9	Vertragslaufzeit
§ 10	Ende des Versicherungsschutzes
§ 11	Gerichtsstand
§ 12	Streitschlichtung und Rechtsweg

Anhang

§ 1 Welche allgemeinen Grundsätze sind für Ihren Versicherungsvertrag wichtig?

1. Den Umfang des Versicherungsschutzes ersehen Sie aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsschutz unterliegt ausschließlich deutschem Recht.
2. Tarif AKTIV CLASSIC (T. 510) können Sie abschließen und weiterführen,
 - wenn und solange für Sie bei einer deutschen GKV Anspruch auf Leistungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung besteht
 - und Sie Ihren Wohnsitz in Deutschland haben.Neben dieser Zusatzversicherung darf
 - keine Krankheitskostenvollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung
 - oder eine weitere Zusatzversicherung für Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlungbestehen, abgeschlossen oder fortgeführt werden.
3. Ausnahmen:
 - Aufgrund gesonderter Vereinbarung kann eine Leistung für Zahnersatzmaßnahmen (§ 2 Nr. 3) aus diesem Tarif ausgeschlossen werden, wenn statt dessen eine anderweitige Zahnzusatzversicherung bei der Münchener Verein Krankenversicherung a. G. bestehen bleibt oder abgeschlossen wird.
 - Der GKV-Ergänzungstarif Naturmedizin der Münchener Verein Krankenversicherung a. G. kann zusätzlich bestehen oder abgeschlossen werden.
4. Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Versicherungsschutz entfällt, wenn eine der Voraussetzungen des Absatzes 2 nicht mehr gegeben ist. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.
5. Ihren Versicherungsantrag nehmen wir mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.
6. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
7. Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform an uns richten.
8. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie sonstige im Vertrag genannte Ereignisse. Er beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
9. Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen besteht Versicherungsschutz, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

§ 2 Welche Leistungen bieten wir Ihnen im Tarif AKTIV CLASSIC?

1. Wir leisten außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabstände einmal je Versicherungsjahr für nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durchgeführte **Vorsorgeuntersuchungen**. Das sind:
 - Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
 - Früherkennung von Krebserkrankungen.
2. Für **Sehhilfen** (Brillengestelle, Brillengläser, Kontaktlinsen) leisten wir bei Änderung der Sehfähigkeit des Auges um mindestens 0,5 Dioptrien bis zu 175 Euro je Versicherungsjahr. Im ersten und im zweiten Versicherungsjahr erstatten wir Ihnen insgesamt bis zu 100 Euro.
3. Soweit nicht durch gesonderte Vereinbarung ausgeschlossen: Für **Zahnersatzmaßnahmen** einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten leisten wir 20 % des Rechnungsbetrages,
 - im ersten und zweiten Versicherungsjahr insgesamt bis zu 200 Euro,
 - ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 500 Euro je Versicherungsjahr,
 - für nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Unfälle bis zu 2.000 Euro je Versicherungsjahr.Als Zahnersatz gelten: Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken, Reparaturen.
Nicht zum Leistungsumfang gehören: Inlays; funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie Implantat getragener Zahnersatz.
4. Wir ermöglichen Ihnen die **freie Krankenhauswahl** unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten, die Ihnen von Ihrer GKV nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.
5. Wir bieten auch Versicherungsschutz für **Auslandsreisen bis zur Dauer von 6 Wochen**. Hier leisten wir für Aufwendungen von Heilbehandlungen, die infolge einer akuten und unvorhersehbaren Erkrankung oder eines Unfalles notwendig werden. Ihr Auslandsreiseschutz umfasst:
 - ärztliche Behandlung (nicht für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung),
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel,

- Heilmittel,
- stationäre Heilbehandlung,
- notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei stationärer Behandlung,
- schmerzstillende Zahnbehandlung sowie notwendige Füllungen und Reparaturen in einfacher Ausfertigung, nicht jedoch für Zahnersatzmaßnahmen,
- einen aus medizinischen Gründen notwendigen Rücktransport der erkrankten oder verletzten Person (nicht der Begleitperson) aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist und die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird; der Rücktransport muss an den ständigen Wohnsitz im Inland bzw. in das von dort nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen. Es ist das jeweils unter Berücksichtigung des Einzelfalls kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- Kosten einer Überführung nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu 5.000 Euro.

Als Ausland gelten nicht die Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat.

Leistungen für Kosten einer Heilbehandlung, die ein Grund für den Antritt der Reise waren, sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst. Haben Sie anderweitig Anspruch auf Leistungen einer Krankenversicherung, so sind wir nur für die Leistungen eintrittspflichtig, die darüber hinaus noch notwendig bleiben und im Rahmen dieses Tarifs erstattungsfähig sind.

6. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
7. Wir geben auf Ihr Verlangen oder das der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie 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. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

§ 3 Für welche Bereiche können wir nicht leisten?

Keine Leistungen erbringen wir

1. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
2. für auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfällen einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
4. für Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel sowie Trinkkuren, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind,
5. soweit Sie Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder der gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge haben,
6. im Rahmen der Auslandsreisekrankenversicherung
 - a) für bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und Unfallfolgen, die Ihnen bekannt und bewusst sind, auch wenn sie vor Reiseantritt nicht behandelt wurden; entsprechendes gilt für Unfallfolgen,
 - b) für in den letzten drei Monaten vor Beginn des Auslandsaufenthaltes behandelte Krankheiten und deren Folgen, soweit die Behandlung dem Versicherungsnehmer bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannt und bewusst ist; entsprechendes gilt für Unfallfolgen.

Abweichend von a) und b) sind Kosten für eine Behandlung von Krankheiten und Unfallfolgen mitversichert, soweit unvorhergesehene ärztliche Hilfe zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr erforderlich ist; jedoch entfällt dann die Übernahme der Kosten für Rücktransport, Überführung und Bestattung.

§ 4 Was sollten Sie zur Auszahlung der Versicherungsleistung beachten?

1. Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV vor. Wir benötigen deren Erstattungsvermerk. Im Übrigen schicken Sie uns bitte die Originalrechnungen.
2. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benennen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie selbst die Leistungen verlangen.
3. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können Sie ohne unsere Zustimmung weder abtreten noch verpfänden oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 5 Welche Obliegenheiten haben Sie zu beachten und was ist die Folge einer Verletzung?

1. Bitte beachten Sie, dass Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person auf unser Verlangen hin jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.
2. Wenn Sie oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Bitte beachten Sie, dass Sie jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Beurteilung der Versicherungssteuerpflicht bei oder nach Vertragsabschluss erforderlich ist. Änderungen der in diesem Zusammenhang erteilten Auskünfte während der Vertragslaufzeit haben Sie uns unverzüglich mitzuteilen. Insbesondere haben Sie uns Änderungen der Angaben zum Angehörigenverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und einzelnen versicherten Personen mitzuteilen.

§ 6 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Die monatlichen Beitragsraten entnehmen Sie dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Sind durch gesonderte Vereinbarung Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen gemäß § 2 Nr. 3 ausgeschlossen, vermindert sich die monatliche Beitragsrate.
3. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Sobald eine Person das 15., 25. bzw. 50. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.
4. Eine aufgrund inländischer oder ausländischer Rechtsvorschriften anfallende und von uns an die Steuerbehörden abzuführende Versicherungssteuer haben Sie zusätzlich zum vereinbarten Beitrag an uns zu entrichten.

§ 7 Wie und wann ist der Beitrag zu zahlen?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie können den Beitrag wahlweise auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich bezahlen. Der Jahresbeitrag wird dann insoweit gestundet. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres zur Zahlung fällig.
2. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren. Der Beitrag ist jeweils zum Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu zahlen.
3. Die Verpflichtung, den Beitrag zu zahlen, besteht bis zum Ablauf des Monats, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
4. Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Zahlen Sie den ersten Beitrag oder spätere Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
5. Gegen unsere Forderungen können Sie nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
6. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten neben den Portokosten erhoben.

§ 8 Können sich Beitrag oder Leistungsansprüche nach Abschluss des Versicherungsvertrags ändern?

1. Wir sind berechtigt, den Beitrag zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 10 % abweichen. Um entsprechende Feststellungen treffen zu können, vergleichen wir mindestens einmal jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen.
2. Die geänderten Beiträge werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanpassung wirksam werden soll. Auf die Frist werden wir Sie bei der Bekanntgabe gesondert hinweisen. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung.
3. Um den Wert Ihres Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir festgelegte Höchstleistungsbeträge anheben. Änderungen werden wir im Rahmen einer Neukalkulation nach den in Absatz 1 und Absatz 2 festgelegten Regeln vornehmen.

§ 9 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst bis zum Ende des auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres kündigen. Sie können die Kündigung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen. Wir verzichten auf das Recht der ordentlichen Kündigung.
2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV, bei Abschluss einer Zusatzversicherung für Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.
3. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt oder aus Deutschland wegzieht. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.

Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person oder deren Wegzug aus Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Hinsichtlich der Auslandsreise-Krankenversicherung endet der Versicherungsschutz - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung der Auslandsreise bzw. mit Ablauf der 6. Woche einer Auslandsreise, spätestens jedoch mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu den genannten Zeitpunkten aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht um längstens weitere 6 Wochen. Dies gilt nicht, wenn das Versicherungsverhältnis zwischenzeitlich beendet ist.

§ 11 Welcher Gerichtsstand gilt für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis?

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. Gegen uns gerichtete Klagen können Sie bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in München anhängig machen.

§ 12 Streitschlichtung und Rechtsweg

1. 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.

2. Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

3. 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 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 Abs. 1 - 4 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 Falle einer grob fahrlässigen Verletzung 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 der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif AKTIV 50Plus

Tarif 515

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Allgemeine Grundsätze
§ 2	Leistungen des Versicherungsvertrages
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht
§ 4	Leistungsauszahlung
§ 5	Obliegenheiten
§ 6	Beitrag
§ 7	Beitragszahlung
§ 8	Beitragsanpassung, Leistungserhöhung
§ 9	Vertragslaufzeit
§ 10	Ende des Versicherungsschutzes
§ 11	Gerichtsstand
§ 12	Streitschlichtung und Rechtsweg

Anhang

§ 1 Welche allgemeinen Grundsätze sind für Ihren Versicherungsvertrag wichtig?

1. Den Umfang des Versicherungsschutzes ersehen Sie aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Bedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsschutz unterliegt ausschließlich deutschem Recht.
2. Tarif AKTIV 50Plus (T. 515) können Sie abschließen und weiterführen,
 - wenn und solange für Sie bei einer deutschen GKV Anspruch auf Leistungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung besteht
 - und Sie Ihren Wohnsitz in Deutschland haben.Neben dieser Zusatzversicherung darf
 - keine Krankheitskostenvollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung
 - oder eine weitere Zusatzversicherung für Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlungbestehen, abgeschlossen oder fortgeführt werden.
3. Ausnahmen:
 - Aufgrund gesonderter Vereinbarung kann eine Leistung für Zahnersatzmaßnahmen (§ 2 Nr. 3) aus diesem Tarif ausgeschlossen werden, wenn statt dessen eine anderweitige Zahnzusatzversicherung bei der Münchener Verein Krankenversicherung a. G. bestehen bleibt oder abgeschlossen wird.
 - Der GKV-Ergänzungstarif Naturmedizin der Münchener Verein Krankenversicherung a. G. kann zusätzlich bestehen oder abgeschlossen werden.
4. Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Versicherungsschutz entfällt, wenn eine der Voraussetzungen des Absatzes 2 nicht mehr gegeben ist. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden.
5. Ihren Versicherungsantrag nehmen wir mit der Zusendung des Versicherungsscheins an. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.
6. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
7. Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform an uns richten.
8. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie sonstige im Vertrag genannte Ereignisse. Er beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
9. Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen besteht Versicherungsschutz, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

§ 2 Welche Leistungen bieten wir Ihnen im AKTIV 50Plus?

1. Wir leisten außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabstände einmal je Versicherungsjahr für nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durchgeführte **Vorsorgeuntersuchungen**. Das sind:
 - Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
 - Früherkennung von Krebserkrankungen.
2. Für **Sehhilfen** (Brillengestelle, Brillengläser, Kontaktlinsen) leisten wir bei Änderung der Sehfähigkeit des Auges um mindestens 0,5 Dioptrien bis zu 175 Euro je Versicherungsjahr. Im ersten und im zweiten Versicherungsjahr erstatten wir Ihnen insgesamt bis zu 100 Euro.
3. Soweit nicht durch gesonderte Vereinbarung ausgeschlossen: Für **Zahnersatzmaßnahmen** einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten leisten wir 20 % des Rechnungsbetrages,
 - im ersten und zweiten Versicherungsjahr insgesamt bis zu 200 Euro,
 - ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 500 Euro je Versicherungsjahr,
 - für nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Unfälle bis zu 2.000 Euro je Versicherungsjahr.Als Zahnersatz gelten: Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken, Reparaturen.
Nicht zum Leistungsumfang gehören: Inlays; funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie Implantat getragener Zahnersatz.
4. Wir ermöglichen Ihnen die **freie Krankenhauswahl** unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten, die Ihnen von Ihrer GKV nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.
5. Wir bieten auch Versicherungsschutz für **Auslandsreisen bis zur Dauer von 6 Wochen**. Hier leisten wir für Aufwendungen von Heilbehandlungen, die infolge einer akuten und unvorhersehbaren Erkrankung oder eines Unfalles notwendig werden. Ihr Auslandsreiseschutz umfasst:
 - ärztliche Behandlung (nicht für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung),
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel,

- Heilmittel,
- stationäre Heilbehandlung,
- notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei stationärer Behandlung,
- schmerzstillende Zahnbehandlung sowie notwendige Füllungen und Reparaturen in einfacher Ausfertigung, nicht jedoch für Zahnersatzmaßnahmen,
- einen aus medizinischen Gründen notwendigen Rücktransport der erkrankten oder verletzten Person (nicht der Begleitperson) aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist und die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird; der Rücktransport muss an den ständigen Wohnsitz im Inland bzw. in das von dort nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen. Es ist das jeweils unter Berücksichtigung des Einzelfalls kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- Kosten einer Überführung nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu 5.000 Euro.

Als Ausland gelten nicht die Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat.

Leistungen für Kosten einer Heilbehandlung, die ein Grund für den Antritt der Reise waren, sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst. Haben Sie anderweitig Anspruch auf Leistungen einer Krankenversicherung, so sind wir nur für die Leistungen eintrittspflichtig, die darüber hinaus noch notwendig bleiben und im Rahmen dieses Tarifs erstattungsfähig sind.

6. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
7. Wir geben auf Ihr Verlangen oder das der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie 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. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

§ 3 Für welche Bereiche können wir nicht leisten?

Keine Leistungen erbringen wir

1. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
2. für auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfällen einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
3. für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
4. für Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel sowie Trinkkuren, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind,
5. soweit Sie Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder der gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge haben,
6. im Rahmen der Auslandsreisekrankenversicherung
 - a) für bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und Unfallfolgen, die Ihnen bekannt und bewusst sind, auch wenn sie vor Reiseantritt nicht behandelt wurden; entsprechendes gilt für Unfallfolgen,
 - b) für in den letzten drei Monaten vor Beginn des Auslandsaufenthaltes behandelte Krankheiten und deren Folgen, soweit die Behandlung dem Versicherungsnehmer bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannt und bewusst ist; entsprechendes gilt für Unfallfolgen.

Abweichend von a) und b) sind Kosten für eine Behandlung von Krankheiten und Unfallfolgen mitversichert, soweit unvorhergesehene ärztliche Hilfe zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr erforderlich ist; jedoch entfällt dann die Übernahme der Kosten für Rücktransport, Überführung und Bestattung.

§ 4 Was sollten Sie zur Auszahlung der Versicherungsleistung beachten?

1. Legen Sie Kostenbelege immer zuerst Ihrer GKV vor. Wir benötigen deren Erstattungsvermerk. Im Übrigen schicken Sie uns bitte die Originalrechnungen.
2. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benennen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie selbst die Leistungen verlangen.
3. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können Sie ohne unsere Zustimmung weder abtreten noch verpfänden oder in sonstiger Weise auf Dritte übertragen. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 5 Welche Obliegenheiten haben Sie zu beachten und was ist die Folge einer Verletzung?

1. Bitte beachten Sie, dass Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person auf unser Verlangen hin jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.
2. Wenn Sie oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Bitte beachten Sie, dass Sie jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Beurteilung der Versicherungssteuerpflicht bei oder nach Vertragsabschluss erforderlich ist. Änderungen der in diesem Zusammenhang erteilten Auskünfte während der Vertragslaufzeit haben Sie uns unverzüglich mitzuteilen. Insbesondere haben Sie uns Änderungen der Angaben zum Angehörigenverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und einzelnen versicherten Personen mitzuteilen.

§ 6 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Die monatlichen Beitragsraten entnehmen Sie dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sind durch gesonderte Vereinbarung Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen gemäß § 2 Nr. 3 ausgeschlossen, vermindert sich die monatliche Beitragsrate.
2. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Sobald eine Person das 15., 25., 49., 54., 59., 64. bzw. 69. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Eine aufgrund inländischer oder ausländischer Rechtsvorschriften anfallende und von uns an die Steuerbehörden abzuführende Versicherungssteuer haben Sie zusätzlich zum vereinbarten Beitrag an uns zu entrichten.

§ 7 Wie und wann ist der Beitrag zu zahlen?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie können den Beitrag wahlweise auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich bezahlen. Der Jahresbeitrag wird dann insoweit gestundet. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres zur Zahlung fällig.
2. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren. Der Beitrag ist jeweils zum Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu zahlen.
3. Die Verpflichtung, den Beitrag zu zahlen, besteht bis zum Ablauf des Monats, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
4. Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Zahlen Sie den ersten Beitrag oder spätere Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
5. Gegen unsere Forderungen können Sie nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
6. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten neben den Portokosten erhoben.

§ 8 Können sich Beitrag oder Leistungsansprüche nach Abschluss des Versicherungsvertrags ändern?

1. Wir sind berechtigt, den Beitrag zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 10 % abweichen. Um entsprechende Feststellungen treffen zu können, vergleichen wir mindestens einmal jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen.
2. Die geänderten Beiträge werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanpassung wirksam werden soll. Auf die Frist werden wir Sie bei der Bekanntgabe gesondert hinweisen. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung.
3. Um den Wert Ihres Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir festgelegte Höchsterstattungsbeträge anheben. Änderungen werden wir im Rahmen einer Neukalkulation nach den in Absatz 1 und Absatz 2 festgelegten Regeln vornehmen.

§ 9 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst bis zum Ende des auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres kündigen. Sie können die Kündigung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen. Wir verzichten auf das Recht der ordentlichen Kündigung.
2. Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der deutschen GKV, bei Abschluss einer Zusatzversicherung für Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.
3. Das Versicherungsverhältnis endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt oder aus Deutschland wegzieht. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung abzugeben.

Auch mit dem Ableben einer mitversicherten Person oder deren Wegzug aus Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Hinsichtlich der Auslandsreise-Krankenversicherung endet der Versicherungsschutz - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung der Auslandsreise bzw. mit Ablauf der 6. Woche einer Auslandsreise, spätestens jedoch mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu den genannten Zeitpunkten aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht um längstens weitere 6 Wochen. Dies gilt nicht, wenn das Versicherungsverhältnis zwischenzeitlich beendet ist.

§ 11 Welcher Gerichtsstand gilt für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis?

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. Gegen uns gerichtete Klagen können Sie bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in München anhängig machen.

§ 12 Streitschlichtung und Rechtsweg

1. 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.

2. Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

3. 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 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 Abs. 1 - 4 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 Falle einer grob fahrlässigen Verletzung 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 der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz in den Tarifen Deutsche Ambulantversicherung, AKTIV CLASSIC und AKTIV 50Plus. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und den Bedingungen zur Deutschen Ambulantversicherung, den AVB für Tarif AKTIV CLASSIC und Tarif AKTIV 50Plus, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine ambulante Zusatzversicherung. Gegenstand des angebotenen Vertrages sind Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bereich Vorsorge (Tarif 172), Sehhilfen und Hilfsmittel (Tarif 173), Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176), Naturmedizin (Tarif 177, 178) und Basisschutz (Tarif 510,515) ergänzen.



Was ist versichert?

- ✓ Wir bieten Ihnen verschiedene Versicherungsarten an, zwischen denen Sie wählen können:
Tarif 172 (Vorsorge) leistet für von Ärzten erbrachte
 - ✓ Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Malariaphylaxe zu 100 % bis 1000 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren sowie für
 - ✓ Präventionsmaßnahmen nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis 100 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.
- Tarif 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) erstattet Kosten für
 - ✓ Sehhilfen zu 100 % bis zu 400 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
 - ✓ refraktive Chirurgie zu 100 % bis zu 800 EUR je Auge; ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation
 - ✓ ärztlich verordnete Hilfsmittel nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis zu 800 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren, sofern die GKV eine Leistung erbringt.
- Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) erbringt ohne Kostennachweis
 - ✓ die Einmalleistung in der versicherten Höhe. Der Tarif kann in Stufen zu je 500 EUR bis zu 10000 EUR abgeschlossen werden.
- Tarif 177, 178 (Naturmedizin) erstattet im vertraglichen Umfang Kosten für
 - ✓ naturheilkundliche Untersuchungen, alternative Behandlungsmethoden und Heilmittel durch Ärzte und Heilpraktiker
 - ✓ Leistung im T. 177: 85 % bis 500 EUR/Jahr
 - ✓ Leistung im T. 178: 85 % bis 1000 EUR/Jahr.
- Tarif 510 (AKTIV CLASSIC) und Tarif 515 (AKTIV 50 Plus) beinhalten Leistungen für
 - ✓ Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabstände;



Was ist nicht versichert?

Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs)

- ✗ Ein Leistungsanspruch ist nicht gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Antragsstellung eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert ist bzw. innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung erstmals oder wiederholt (rezidiv) diagnostiziert wurde oder wenn hinsichtlich der folgenden Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber noch nicht abgeschlossen war: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig).
Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie in § 5 AVB/KK 2013 und § 3 AVB (Tarif 510 und 515).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die tariflichen Leistungen sind wie folgt begrenzt:

Bei Tarif 172 (Vorsorge):

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 250 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 500 EUR

Bei Tarif 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel):

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 480 EUR

Bei Tarifstufe 177 (Naturmedizin)

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 120 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 240 EUR
- ! ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 500 EUR je Versicherungsjahr

- ✓ Sehhilfen;
- ✓ freie Krankenhauswahl;
- ✓ Auslandsreise-Krankenversicherung;
- ✓ Zahnersatzmaßnahmen (als Option abwählbar);
- ✓ je versicherte Person ab Alter 16 kann ein Kind oder Enkelkind (bis Alter 15) beitragsfrei mitversichert werden.

Bei Tarifstufe 178 (Naturmedizin)

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 480 EUR
- ! ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 1000 EUR je Versicherungsjahr



Wo bin ich versichert?

- ✓ Deutsche Ambulantversicherung
Versichert sind Heilbehandlungen in Europa und innerhalb der ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts auch auf der ganzen Welt. Zur Verlängerung des Versicherungsschutzes ab dem siebten Monat eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland können Sie mit uns vor Beginn des siebten Monats eine gesonderte Vereinbarung schließen. Dabei können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen, der bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland wieder entfällt.
- ✓ AKTIV Tarife
Wir bieten auch Versicherungsschutz für Auslandsreisen bis zur Dauer von 6 Wochen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.
- Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.
- Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt. Bei Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) benötigen wir eine ärztliche Stellungnahme über den Eintritt der Erkrankung.
- Eine versicherte Person muss auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Wartezeiten sind nicht zu erfüllen.

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) und 177 bzw. 178 (Naturmedizin) und die AKTIV Tarife (510 bzw. 515) enden mit dem Wegfall des Leistungsanspruches bei einer GKV.

Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 176 (Einmalleistung bei Krebs) endet mit dem Wegfall des Leistungsanspruches bei einer GKV oder privaten Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung.

Ferner endet im Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) die Versicherung zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Leistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei den AKTIV Tarifen (510 bzw. 515) endet das Versicherungsverhältnis ferner bei Abschluss einer anderweitigen Zusatzversicherung für die Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung



Vertragsinformationen zur Deutschen Ambulantversicherung – DAV – nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel), 176 (Einmalleistung bei Krebs) 177, 178 (Naturmedizin) und 510, 515 (AKTIV CLASSIC und AKTIV 50Plus)

Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Sebastian Hartmann, Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller.

Die Postadresse unserer Direktion lautet **Pettenkofenstr. 19, 80336 München**. Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-1501, E-Mail: info@muenchener-verein.de

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkofenstr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und die Tarifbestimmungen zur Deutschen Ambulantversicherung nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel), 176 (Einmalleistung bei Krebs) und 177, 178 (Naturmedizin) sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Tarif 510 oder 515** zu Grunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen, die für die von Ihnen gewählten Tarife gelten.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschriftinzugsverfahren. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gültigkeitsdauer der Informationen:

Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages

Das Versicherungsverhältnis kommt nicht bereits mit Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. oder der Übersendung bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins, sofern Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der **Versicherungsschein**,
- die **Vertragsbestimmungen**, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung**,
- das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**,
- und die weiteren Informationen, die nach den §§ 1 – 3 der VVG- Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind. Diese Informationspflichten finden Sie in Abschnitt 2 der vollständigen Belehrung zum Widerrufsrecht in Ihrem Versicherungsschein

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkofenstr.19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 089/51 52-4020.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat die Erstattung zurückzuzahlender Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Vertragsdauer / Kündigung

Der Vertrag gilt zunächst bis zum Ende des auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Es verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Vertragsrecht und -sprache

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages legen wir das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Im Rahmen des Abschlusses sowie für die Dauer des Vertragsverhältnisses kommt ausschließlich die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

Ombudsmann für die Private

Kranken- und Pflegeversicherung

Glinkastraße 40, 10117 Berlin

Tel. 0800/2 55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder von einer solchen Stelle entschieden wurde.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pkv-ombudsmann.de.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

zu wenden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften bei Versicherungsfällen im Ausland, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Falls wir zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Anfrageverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir uns direkt an Sie wenden.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Assistance-Dienstleistungen für Versicherungsfälle im Ausland, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Münchener Verein oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung und, soweit erforderlich, auch für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.muenchener-verein.de eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder beim Münchener Verein (089/ 51 52 10 00) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Dienstleisterliste

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
Münchener Verein Lebensversicherung AG
Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste der Dienstleister, die vertragsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und / oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen sind, können Sie gerne der nachfolgenden Auflistung entnehmen.

Gesellschaften der Münchener Verein Versicherungsgruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten der Versicherten in einem gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren nutzen:
Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG, Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG

Folgende Dienstleister erheben, verarbeiten oder nutzen Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten im Auftrag der Unternehmen der Münchener Verein Versicherungsgruppe:

- **Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG und Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG**

Deutsche Post Direkt GmbH	Adressrecherche
Deutsche Post Adress GmbH & Co KG	Adressrecherche
Dienstleister für Druck, Kuvertierung und Versand	Durchführung von Postversand-Aktionen
IT-Consulting-Firmen	IT-techn. Prozesse/Wartung/Pflege
documentus Bayern GmbH	datenschutzgerechte Akten- und Datenvernichtung
Infoscore Consumer Data GmbH	Bonitätsprüfung
ARA GmbH	externes Call Center

- **Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G.**

MedCare, Coral Springs	Auslandsassistenz (Unterstützung bei Fällen mit Auslandsbezug und/oder Rücktransport)
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Auslandsassistance
ViaMed GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
IMB Consult GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
Innovas GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
MEDICPROOF GmbH	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
Gutachterpool	medizinische und pflegerische Begutachtung
Hilfsmittelversorger	Hilfsmittelversorgung
GenRe	Rückversicherung
PASS IT-Consulting	Zulagenverwaltung, geförderte Pflegezusatzversicherung
Giesecke & Devrient GmbH	Herstellung Münchener Verein Card für privat Versicherte
Manhillen Drucktechnik GmbH	Pflegekarte
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung

Dienstleisterliste

Thieme TeleCare GmbH	Assistanceleistungen
MANUTEX GmbH	Assistanceleistungen
almeda GmbH	Assistanceleistungen
iATROS GmbH	Assistanceleistungen
mentalis GmbH	Assistanceleistungen
Seghorn Inkasso GmbH	Forderungseinzug
IBM Deutschland GmbH	Unterstützung bei der Extraktion von Rechnungsdaten
Victor Deutschland GmbH	Vermittlung-,Bestands-,Leistungsbearbeitung
eVorsorge Systems GmbH	Digitale Anwendungen für betriebliche Krankenversicherung
Creditreform Ganzmüller Groher & Kollegen KG	Forderungseinzug
<p>▪ Für die Münchener Verein Lebensversicherung AG</p>	
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung
Creditreform Ganzmüller, Groher & Kollegen KG	Bonitätsprüfung
New Reinsurance Company Ltd.	Rückversicherung
Munich Re AG	Rückversicherung
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Rückversicherung
Deutsche Post AG Post & Paket Deutschland	Postidentverfahren
Xempus AG	Digitale Anwendungen für betriebliche Altersvorsorge
Relntra GmbH	Beratungs- und Reintegrationsdienst
<p>▪ Für die Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG</p>	
ALLYSCA Assistance GmbH	Assistanceleistungen
Reha Assist Deutschland GmbH	Assistanceleistungen
Dr. med. V. Dittrich, EuromedClinic	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung / Beratungsarzt
Gutachterpool	Unterstützung bei der medizinischen Begutachtung
E+S Rückversicherung	Rückversicherung
GenRe	Rückversicherung
Scor	Rückversicherung
AXIS RE SE	Rückversicherung
AVUS worldwide claims service GmbH & Co. KG	Auslandsregulierung 4. KH-Richtlinie
AFES AG	Auslandsregulierung 4. KH-Richtlinie
Creditreform Ganzmüller Groher & Kollegen KG	Forderungseinzug
Seghorn Inkasso GmbH	Forderungseinzug

Datenschutzhinweise der Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie und etwaig andere betroffene Personen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die **Münchener Verein Krankenversicherung a. G.** und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z.B. versicherte Personen, Beitragszahler/innen, etc.) entsprechend.

Wer ist verantwortlich für die Datenverarbeitung?

Münchener Verein
Krankenversicherung a. G.
Pettenkoferstr. 19, 80336 München
Telefon: 089 / 5152-1000, Fax: 089 / 5152-1501
E-Mail-Adresse: info@muenchener-verein.de

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

Zu welchem Zweck und auf welcher Rechtsgrundlage werden Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Informationen zu den Verhaltensregeln (Code of Conduct) können Sie im Internet unter: <https://www.muenchener-verein.de/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Entscheidung über den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung, Leistungsabrechnung oder Rechnungsstellung.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife sowie für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, Gesundheitsvorsorge oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sind die Regelungen der DSGVO und des

BDSG. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) für Vertragszwecke verarbeitet werden, holen wir Ihre Einwilligung ein oder verarbeiten auf Grundlage der DSGVO (z.B. bei der Geltendmachung von Ausgleichsansprüchen bei Mehrfachversicherung).

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Münchener Verein und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungsverpflichtung sowie zur Geltendmachung von Rechtsansprüchen.

Woher beziehen wir Ihre Daten und welche Kategorien von Daten verarbeiten wir?

Neben personenbezogenen Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten, verarbeiten wir – soweit zur Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von für Sie zuständigen Vermittlern/Beratern oder von sonstigen Dritten (z.B. Auskunftsteilen) zulässigerweise (z.B. zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben. Weiterhin verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Handelsregister, Schuldnerverzeichnisse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum) und Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten). Darüber hinaus können dies auch Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein. Im Rahmen der Geltendmachung von Rechtsansprüchen verarbeiten wir erforderlichenfalls auch Gesundheitsdaten.

Welche Empfänger bekommen Ihre personenbezogenen Daten?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer).

Neben Rückversicherern sind auch externe Dienstleister Empfänger personenbezogener Daten. Weitere Informationen zu deren Tätigkeit und dem Umfang und Zweck der Datenübermittlung entnehmen Sie bitte dem

Text der Einwilligung- und Schweigepflichterklärung im Antragsformular.

Vermittler

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

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden) sowie andere Versicherer (z.B. bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Welche Betroffenenrechte haben Sie?

Sie können jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Welches Beschwerderecht haben Sie?

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht,
Promenade 18, 91522 Ansbach.

Tauschen wir Daten mit Ihrem früheren Versicherer aus?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme von Alterungsrückstellungen) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles zu überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Übermitteln wir Daten in ein Drittland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Wie treffen wir automatisierte Einzelfallentscheidungen?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir teilweise vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen, den Widerruf und die Kündigung des Vertrages oder die Entscheidung über die Leistungspflicht im Versicherungsfall. Eine vollautomatisierte Entscheidung erfolgt auf Grundlage mathematisch-statistischer Methoden und ggf. bei der Leistungsentscheidung nach den Vorgaben der Gebührenordnungen.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Wie holen wir Bonitätsauskünfte ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft (z.B. Infoscore) Informationen zur Beurteilung Ihres Zahlungsausfallrisikos ab.

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: ICD-Datenschutz@experian.com erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der postalischen Erreichbarkeit von Personen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Identitätsprüfung, Betrugsprävention, Anschriftenermittlung, Risikosteuerung, Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung. Neben den vorgenannten Zwecken verarbeitet die ICD personenbezogene Daten auch zu weiteren Zwecken (z.B. Nachverfolgung und Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten, Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten, Qualitätsanalysen). Es können auch anonymisierte Daten verarbeitet werden.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift(en), Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse(n)), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur postalischen (Nicht-)Erreichbarkeit sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten, basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (s. Nr. 4) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert sowie Daten von Adressdienstleistern.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im Europäischen Wirtschaftsraum oder auch außerhalb in einem Drittland haben, wie Vereinigtes Königreich, Indien, Costa Rica, Malaysia, USA und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Empfängern solche Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen, Rechtsanwälte, Adressdienstleister sowie (interne und externe) Dienstleister der ICD (z.B. Softwareentwickler, Support/Wartung, Rechenzentrum und Postdienstleister) oder andere Auskunftseunternehmen. Empfänger außerhalb des der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraums fallen entweder unter einen gültigen Angemessenheitsbeschluss oder haben die erforderlichen Standardvertragsklauseln zur Sicherstellung eines adäquaten Datenschutzniveaus bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten unterzeichnet.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei der ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.“ zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, solange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach drei Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer - unentgeltlichen - schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.experian.de/selbstauskunft> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Nrn. 4 u. 5), zu Schuldnerverzeichnis-Einträgen und Insolvenzverfahren (siehe Nrn. 4 u. 5), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntheit des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntheit der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von der ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

(Stand des Dokuments: November 2023)

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes Widerrufsbelehrung

Erklärung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Sofern der von mir beantragte Versicherungsbeginn vor dem Zeitpunkt liegt, bis zu dem ich meine Vertragserklärung widerrufen kann (siehe nachfolgende Widerrufsbelehrung), stimme ich zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
- einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr.19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 089/51 52-4020.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat die Erstattung zurückzuzahlender Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei einer substitutiven Krankenversicherung

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung