

Scanmedic –
Komplikationskosten-
Versicherungsbedingungen
Für Adipositas-Chirurgische
Operationen

(ScanMedic – Adipositas AVB 2023)

CHUBB®

Scanmedic – Komplikationskosten- Versicherungsbedingungen Für Adipositas-Chirurgische Operationen (ScanMedic – Adipositas AVB 2023)

Einleitung

Unterzieht sich ein Patient als Selbstzahler einer Adipositas-chirurgischen Operation, hat er hierfür eine Fallpauschale (DRG) sowie etwaige Zuschläge zu entrichten. Diese richten sich nach den Regeln des Fallpauschalengesetzes (FPV) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz und sind abhängig vom jeweils durchgeführten Adipositas-chirurgischen Verfahren. Im Regelfall hat der Selbstzahler die Fallpauschale Ko4A oder Ko4B "Große Eingriffe bei Adipositas mit / ohne komplexen Eingriff" zu entrichten.

Während der Operation oder dem sich unmittelbar anschließenden Krankenhausaufenthalt kann es zu sogenannten "Akutkomplikationen" kommen. Akutkomplikationen führen – abhängig von der Schwere und der damit einhergehenden zusätzlichen Behandlung – regelmäßig zu höher bewerteten Fallpauschalen. Weiterhin kann es infolge von Akutkomplikationen dazu kommen, dass der Krankenhausaufenthalt die "obere Grenzverweildauer" der jeweiligen Fallpauschale übersteigt und sogenannte "Langliegerzuschläge" entstehen. In diesen Fällen steht dem Krankenhaus ein höherer Vergütungsanspruch zu.

Akutkomplikationen können auch auftreten, wenn der Patient bereits aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Sofern er dann vor Erreichen der jeweils geltenden oberen Grenzverweildauer im selben Krankenhaus wieder aufgenommen wird, kommt es zu einer sogenannten Fallzusammenführung und ggf. einer Neueinstufung in eine andere Fallpauschale. Das Krankenhaus hat auch hier einen höheren Vergütungsanspruch gegen den Selbstzahler, als dies im komplikationslosen Verlauf des Adipositas-chirurgischen Eingriffs der Fall gewesen wäre.

Den durch Akutkomplikationen entstandenen, erhöhten Vergütungsanspruch hat der Selbstzahler zu tragen.

Die "ScanMedic - Komplikationskostenversicherung für Adipositas-chirurgische Operationen" sichert Sie gegen diese Mehrkosten ab.

Die Vertragspartner

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Die versicherten Personen und / oder Personengruppen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

Wir, Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland, als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Ihr Versicherungsvertrag kommt über die ScanMedic Versicherungsmakler GmbH im Rahmen eines Einzeldeckungsauftrags zustande. Die ScanMedic Versicherungsmakler GmbH ist berechtigt die Versicherungsbeiträge für uns entgegenzunehmen.

Bei Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an die ScanMedic Versicherungsmakler GmbH.

Leistungsfälle melden Sie bitte entweder uns, der Chubb European Group SE oder der ScanMedic Versicherungsmakler GmbH.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis und Definitionen	3
Scanmedic - Adipositas AVB 2023	4
Der Versicherungsumfang	4
1. Was ist versichert?	4
2. Welche Eingriffe können versichert werden?	5
3. Welche Krankenhäuser und Ärzte werden für die Durchführung der Operation akzeptiert?	5
4. Welche Patienten sind versicherbar?	6
5. Ausschluss	6
6. Subsidiarität / Übergang von Ersatzansprüchen gegen Dritte	6
Vorvertragliche Anzeige-Pflicht Und Rechtsfolgen	8
7. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? (Vorvertragliche Obliegenheiten)	8
8. Welche Rechtsfolgen entstehen bei unrichtigen oder falschen vorvertraglichen Angaben? (Verletzung vorvertraglicher Obliegenheiten)	8
Die Versicherungsdauer	8
9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsvertrag?	9
Der Versicherungsbeitrag	9
10. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie Ihren Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen?	9
Der Leistungsfall	10
11. Was ist im Leistungsfall zu beachten? (Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfalles)	10
12. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall?	10
13. Wann sind unsere Leistungen fällig?	10
Weitere Bestimmungen	11
14. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	11
15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?	11
16. Welches Gericht ist zuständig?	11
17. Welches Recht findet Anwendung?	11
Datenschutzhinweis	12

Abkürzungsverzeichnis und Definitionen

Dieses Verzeichnis dient nur zur Übersicht; die rechtlich bindenden Definitionen finden Sie in den nachfolgenden Bedingungen.

Nähere Informationen zu den medizinischen Verfahren erhalten sie unter www.scanmedic.de.

Akutkomplikation	unvorhergesehene, unerwünschte Folge eines versicherten Eingriffs innerhalb der Vertragslaufzeit
BMI	Body-Mass-Index = Maß für die Bewertung des Körpergewichts zur Körpergröße
DRG	Fallpauschale (Diagnosis Related Group)
DRG Ko4A	Fallpauschale: Großer Eingriff bei Adipositas mit komplexem Eingriff
DRG Ko4B	Fallpauschale: Großer Eingriff bei Adipositas ohne komplexem Eingriff
Fallpauschalenvereinbarung	Vereinbarung über die Abrechnungsregeln und die Bewertung von Krankenhausleistungen
Kontraindikation	Ein Umstand, der die Durchführung der Operation nicht erlaubt oder erschwert
Langlieger	Patient, dessen Verweildauer im Krankenhaus die obere Grenzverweildauer einer Fallpauschale (DRG) übersteigt.
Laparoskopisch	Operation innerhalb der Bauchhöhle mit Hilfe eines optischen Instrumentes
NOTES Verfahren	Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery – Operation, die durch natürliche Körperöffnungen erfolgt.
Normallieger	Patient, dessen Verweildauer im Krankenhaus innerhalb der unteren und oberen Grenzverweildauer der jeweiligen Fallpauschale (DRG) liegt und das Krankenhaus die reguläre Vergütung erhält.
obere Grenzverweildauer	Legt fest, bis zu welcher Verweildauer das Krankenhaus, die reguläre Vergütung einer Fallpauschale erhält.
OP-Komplikationskosten	Mehrkosten für die Adipositas-chirurgische Operation infolge einer akuten Komplikation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel. Offizielle Klassifikation von operationellen Prozeduren für die Leistungssteuerung, den Leistungsnachweis und Grundlage für die Leistungsabrechnung (für stationäre Leistungen nach <u>G-DRG</u>) der deutschen Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte. Das "*" hinter OPS-Codes gilt für Codes, die nicht als 6-stellige, sondern als sogenannte endstellige Codes dargestellt sind. Damit wird aufgezeigt, dass mit diesen Codes auch alle numerisch nachfolgenden Codes gemeint sind.
Re-Do oder Revisionseingriff	Ein wiederholter chirurgischer Eingriff zur Korrektur bzw. Behandlung einer Komplikation (Revision) bzw. wiederholter Adipositas-chirurgischer Eingriff.
ScanMedic Versicherungsmakler GmbH	Ihr Versicherungsmakler
ScanMedic	Markenname
Selbstzahler	Patienten, denen zum Zeitpunkt des Versicherungsvertrags-Abschlusses keine Kostenübernahme-Bestätigung ihres Krankenversicherers vorliegt.

Scanmedic - Adipositas AVB 2023

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Versichertes Risiko

Wir bieten der versicherten Person, die sich als Selbstzahler einer Adipositas-chirurgischen Operation unterzieht, während der Laufzeit des Vertrages Versicherungsschutz für komplikationsbedingte Mehrkosten des Adipositas-chirurgischen Eingriffs (OP-Komplikationskosten).

1.2 Voraussetzung für den Versicherungsschutz

Alle folgenden Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Versicherungsschutz besteht (Details finden Sie in den unter 1.2.1 – 1.2.7 nachfolgend genannten Ziffern):

Auf die in Ziffer 5 genannten Ausschlüsse weisen wir hin.

1.2.1 Die Operation muss ein versichertes Operationsverfahren gemäß Ziffer 2.1 **sein und**

1.2.2 die Operation muss in einem von uns akzeptierten Krankenhaus durch einen von uns für dieses Krankenhaus akzeptierten Arzt erfolgen (Ziffer 3) und

1.2.3 die zu operierende Person muss ein versicherbarer Patient gemäß Ziffer 4 sein.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch, dass Versicherungsschutz nur dann besteht, wenn:

- der Komplikationsrisiko-Analysebogen vollständig ausgefüllt vorliegt und
- von Ihnen und einem für das von Ihnen ausgewählte Krankenhaus von uns akzeptierten Arzt vor der OP unterzeichnet worden ist.

1.2.4 die Operation muss spätestens drei Monate nach dem im Antrag angegebenen Operationsdatum durchgeführt sein (Ziffer 9.1.3) und

1.2.5 der Einmalbeitrag muss vor der Operation eingegangen sein (Ziffer 10.1) und

1.2.6 es müssen gemäß Ziffer 1.4 versicherte Kosten von Ihnen innerhalb eines Jahres (Ziffer 1.4.4) geltend gemacht werden.

1.3 Versicherte Leistungsfälle

Der Leistungsfall tritt ein, wenn eine Akutkomplikation, d.h. eine unvorhergesehene unerwünschte Folge eines versicherten Eingriffs, innerhalb der Vertragslaufzeit, auftritt.

Mitversichert sind Komplikationen, die infolge versicherter Akutkomplikationen entstehen. Diese Folgekomplikation/en und die Akutkomplikation gelten als ein Versicherungsfall.

1.4 Versicherte Kosten

1.4.1 Wir ersetzen Ihnen OP-Komplikationskosten. OP-Komplikationskosten im Sinne dieser Bedingungen sind medizinische Mehrkosten (alle folgenden Punkte müssen zutreffen)

- die infolge einer Akutkomplikation entstehen, wobei die Akutkomplikation auf eine versicherte Adipositas-chirurgische Operation zurückzuführen ist und
- für die der versicherten Person im Zeitpunkt der Rechnungsstellung durch das Krankenhaus von der gesetzlichen Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung keine Kostenerstattungszusage vorliegt und
- die aus Maßnahmen resultieren, die ärztlich angeordnet und medizinisch notwendig waren und
- die Ihnen vom Krankenhaus vor Ablauf der gesetzlichen Verjährung in Rechnung gestellt werden.

Die OP-Komplikationskosten sind, auch über die obere Grenzverweildauer hinaus, erstattungsfähig, sofern die Komplikationen

- noch während der Operation oder des sich unmittelbar anschließenden Aufenthaltes in dem Krankenhaus auftreten und behandelt werden, in dem der versicherte Adipositas-chirurgische Eingriff durchgeführt wurde, oder
- nach einer komplikationsbedingten Wiederaufnahme im selben Krankenhaus eine Fallzusammenführung nach der jeweils aktuell gültigen Fallpauschalenvereinbarung erfolgt.

1.4.2 Die OP-Komplikationskosten ergeben sich aus der Differenz der nach den Regelungen der am Tag der stationären Aufnahme gültigen Fallpauschalenvereinbarung an das Krankenhaus zu entrichtenden Vergütungen und der im Regelfall bei der versicherten Hauptleistung anfallenden Vergütung als Normallieger.

- 1.4.3 Nicht versichert sind Kosten, die aus Vereinbarungen wahlärztlicher Leistungen oder besonderer nicht medizinisch notwendiger Unterbringungen / Serviceleistungen resultieren und daher über die Vergütung nach der jeweils aktuell gültigen Fallpauschalenvereinbarung hinausgehen.
- 1.4.4 Die OP-Komplikationskosten müssen von Ihnen innerhalb eines Jahres nach Geltendmachung durch das Krankenhaus bei uns geltend gemacht werden.
- 1.4.5 Im Leistungsfall erstatten wir Ihnen die OP-Komplikationskosten, maximal jedoch 100.000 €. Bestehen für die versicherte Person bei Chubb mehrere Versicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1.5 Sanktionsklausel

Der Versicherer wird keinen Versicherungsschutz bieten und nicht dazu verpflichtet sein, einen Schaden oder eine Versicherungsleistung aus diesem Vertrag zu zahlen, soweit dieser Versicherungsschutz, eine Schadenzahlung oder eine Leistung den Versicherer oder seine Mutter- oder Holding-Gesellschaft, einer Sanktion, einem Verbot oder einer Restriktion gemäß UN-Resolutionen oder Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Anordnungen der EU, des Vereinigten Königreiches, der USA oder lokalem Recht aussetzen würde.

2. Welche Eingriffe können versichert werden?

Die Versicherung von OP-Komplikationskosten kann nur für die unter Ziffer **2.1** genannten Operationsverfahren vereinbart werden.

2.1 Versicherte Operationsverfahren

Folgende Adipositas-chirurgische Ersteingriffe werden versichert:

- Implantation eines anpassbaren Magenbandes
- Herstellung eines Schlauchmagens
- Herstellung eines Magenbypasses

Im Einzelnen sind dies:

- Laparoskopische Implantation eines anpassbaren Magenbandes (OPS 5-448.c2)
- Laparoskopische Herstellung eines Schlauchmagens (OPS 5-434.52)
- Laparoskopische Herstellung eines Magenbypasses mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose (OPS 5-445.42)
- Laparoskopische Herstellung eines Magenbypasses mit Gastrojejunostomie analog Billroth II (OPS 5-445.52)

Ein eventuell medizinisch erforderliches intraoperatives Umsteigen von einem laparoskopischen auf ein offenes Verfahren (OPS 5-448.c3; 5-445.43, 5-434.53, 5-445.53) ist mitversichert.

Nicht versichert sind jedoch die unter **2.2.1** genannten laparoskopischen Verfahren.

Erläuterungen zu den versicherbaren Prozeduren finden Sie auf der Homepage www.scanmedic.de.

2.2 Nicht Versicherbare Eingriffe Und Operationsverfahren

2.2.1 Die unter Ziffer 2.1 genannten laparoskopischen Verfahren sind jedoch nicht versicherbar, wenn diese als sogenannte NOTES Verfahren durchgeführt werden (OPS-Zusatzkode 5-986.0*) oder der Zugang über einen umbilikalen „Single-Port“ (SILS-Port) erfolgt.

2.2.2 Nicht versichert werden darüber hinaus alle übrigen Adipositas-chirurgischen Ersteingriffe wie zum Beispiel

- Implantation eines nicht anpassbaren Magenbandes (OPS 5-448.b*)
- Offene Implantation eines anpassbaren Magenbandes (OPS 5-448.c0; 5-448.c1)
- Offene Herstellung eines Schlauchmagens (OPS 5-434.50; 5-434.51)
- Offener Magenbypass mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose (OPS 5-445.40; 5-445.41)
- Offener Magenbypass mit Gastrojejunostomie analog Billroth II (OPS 5-445.50; 5-445.51)
- Biliopankreatische Diversion nach Scopinaro (OPS 5-434.3*)
- Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch (OPS 5-434.4*)
- Duodenal-Switch mit Bildung eines gemeinsamen Dünndarmschenkels nach Herstellung eines Schlauchmagens (zweite Sitzung) (OPS 5-434.6*)
- Vertikale Gastroplastik nach Mason (OPS 5-448.a*)

2.2.3 Weiterhin sind sogenannte Re-Dos und Revisionseingriffe nicht versicherbar:

- Revision nach Magenresektion (OPS 5-447.*)
- Wechsel eines Magenbandes
- Neufixierung eines dislozierten Magenbandes (OPS 5-448.d*)
- Entfernung eines Magenbandes (OPS 5-448.e*)

3. Welche Krankenhäuser und Ärzte werden für die Durchführung der Operation akzeptiert?

Versicherungsschutz wird nur gewährt, sofern die Operation in einem von uns akzeptierten Krankenhaus durch einen von uns für dieses Krankenhaus akzeptierten Arzt durchgeführt oder von ihm aktiv geleitet wird.

Eine Liste der von uns akzeptierten Krankenhäuser und Ärzte finden Sie auf der Homepage www.scanmedic.de.

4. Welche Patienten sind versicherbar?

4.1 Versicherungsschutz wird für Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren gewährt, bei denen keine der nachfolgenden Kontraindikationen vorliegen und für die im Hinblick auf die geplante Operation kein signifikant erhöhtes Komplikationsrisiko diagnostiziert wird.

Das Nichtvorliegen von Kontraindikationen bzw. eines signifikant höheren Komplikationsrisikos muss vor Durchführung des operativen Eingriffs von einem für das Krankenhaus von uns akzeptierten Arzt auf dem Komplikationsrisiko-Analysebogen bestätigt werden.

Ein entsprechendes Formblatt erhalten Sie als Anlage zum Versicherungsschein.

Der auch von Ihnen vollständig auszufüllende und zu unterzeichnende Komplikationsrisiko-Analysebogen darf zum Zeitpunkt der Operation nicht älter als vier Wochen sein. Dies gilt auch in den Fällen einer zeitlichen Verlegung der Operation gemäß Ziffer 9.1.3.

4.2 Nicht versicherbar sind Patienten mit folgenden Kontraindikationen:

- einem BMI über 60
- einem BMI von weniger als 35, sofern der Patient nicht auch gleichzeitig an Diabetes Mellitus Typ II erkrankt ist
- körperlicher Zustand gemäß ASA - Physical Status größer als 3
- instabile psychopathologische Zustände (z.B. Schizophrenie)
- schwere psychische Erkrankungen (z.B. unbehandelte Bulimia nervosa)
- aktive Substanzabhängigkeit (Drogen)
- konsumierende und / oder immundefizitäre Grunderkrankungen (z.B. Krebserkrankungen)
- vorausgegangenes Karzinom, sofern weniger als 5 Jahre tumorfrei
- hormonproduzierende Tumore (z.B. Morbus Cushing)
- Schwangerschaft

4.3 Für nicht versicherbare Personen kommt der Versicherungsschutz auch nicht durch Annahme des Beitrags zustande.

5. Ausschluss

Wir sind von der Entschädigungspflicht frei, wenn versicherte OP-Komplikationskosten dadurch entstehen, dass Sie ärztliche Anweisungen, insbesondere die Hinweise zur Ernährung nach dem Eingriff, vorsätzlich nicht befolgen, bzw. vorsätzlich nicht beachten.

Wenn versicherte OP-Komplikationskosten dadurch entstehen, dass ärztliche Anweisungen von Ihnen grob fahrlässig nicht befolgt, bzw. grob fahrlässig nicht beachtet werden, sind wir berechtigt unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

6. Subsidiarität / Übergang von Ersatzansprüchen gegen Dritte

6.1 Voraussetzung für die Versicherungsleistung aus diesem Vertrag ist, dass ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer, siehe auch Ziffer 1.4.1) zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung durch das Krankenhaus

- nicht zur Leistung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht noch nicht erklärt hat oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat.

In diesen Fällen werden wir Ihnen die versicherten OP-Komplikationskosten erstatten und Ihre Ansprüche gehen bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung gemäß Ziffer 6.2 auf uns über.

Dies gilt auch, wenn Sie einen Anspruch gegen das Krankenhaus oder einen Arzt haben, weil die OP-Komplikationskosten aus einem grob fahrlässigen und / oder vorsätzlichen Fehlverhalten der behandelnden Ärzte oder des Krankenhauses resultieren.

6.2 Steht Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen.

Sie haben Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

Vorvertragliche Anzeige-Pflicht Und Rechtsfolgen

7. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? (Vorvertragliche Obliegenheiten)

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Versicherungsvertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Wird der Versicherungsvertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

8. Welche Rechtsfolgen entstehen bei unrichtigen oder falschen vorvertraglichen Angaben? (Verletzung vorvertraglicher Obliegenheiten)

8.1 Rücktritt

8.1.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

8.1.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

8.1.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Leistungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

8.2 Anfechtung

Unser Recht, den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Einmalbeitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Die Versicherungsdauer

9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsvertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

9.1.1 Der Versicherungsvertrag kommt mit dem Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen zustande.

9.1.2 Der Versicherungsvertrag und gleichzeitig der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt jedoch erst automatisch an dem Tag, an dem bei der versicherten Person der versicherte operative Eingriff vorgenommen wird. Neben den weiteren in Ziffer 1.2 genannten Voraussetzungen gilt, dass der Versicherungsschutz nur in Kraft gesetzt wird, wenn der Versicherungs-Einmalbeitrag vor der Operation bei ScanMedic eingegangen ist.

Wird der Versicherungsschutz nicht

- bis zum beantragten OP-Termin, bzw.
- in den Fällen einer Verlegung (Ziffer 9.1.3 Abs. 1) innerhalb von drei Monaten nach dem ursprünglichen OP-Termin

in Kraft gesetzt, erlischt der Versicherungsvertrag ab Beginn.

9.1.3 Eine einmalige zeitliche Verlegung der ursprünglich versicherten Operation von bis zu drei Monaten gilt als mitversichert, sofern die Voraussetzungen, die zum Inkrafttreten des Versicherungsschutzes führen auch zum Zeitpunkt des neuen Operationstermines erfüllt sind (siehe insbesondere Ziffer 4). Sie brauchen uns diese Änderung nicht mitzuteilen.

Wird die Operation auf einen Zeitpunkt verlegt, der mehr als drei Monate nach dem ursprünglich geplanten Vertragsbeginn (gleich OP-Termin) liegt, muss ein neuer Versicherungsvertrag abgeschlossen werden.

9.2 Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag gilt für die obere Grenzverweildauer, welche gemäß jeweils geltender Fallpauschalenverordnung für den jeweiligen Operationsfall festgelegt ist, maximal jedoch für 21 Tage. Danach endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass für Verträge mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat kein Widerrufsrecht besteht. Hiervon weichen wir zu Ihren Gunsten ab (siehe Ziffer 3.2 der Allgemeinen Vertragsinformationen).

Während der Vertragsdauer kann der Vertrag nicht gekündigt werden. Unser Rücktrittsrecht wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Ziffer 7 bleibt davon unberührt.

Kosten für Komplikationen, die nach Ende der Vertragsdauer erstmalig auftreten sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst.

Der Versicherungsbeitrag

10. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie Ihren Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

10.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung des Einmalbeitrags

Der Einmalbeitrag wird unverzüglich fällig. Er muss spätestens vor der Operation bei ScanMedic eingegangen sein, um den Versicherungsschutz in Kraft zu setzen.

10.2 Erstattung des Beitrags

Der Einmalbeitrag wird von uns erstattet, sofern der Versicherungsschutz nicht in Kraft gesetzt wurde.

Die Erstattung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nachdem Sie der ScanMedic Versicherungsmakler GmbH oder uns das Nichtzustandekommen des Versicherungsschutzes nachgewiesen und uns Ihre Bankverbindung mitgeteilt haben.

10.3 Beitragszahlung an Ihren Versicherungsvermittler

Die ScanMedic Versicherungsmakler GmbH ist berechtigt, Beiträge für uns entgegenzunehmen.

Die Zahlung des Beitrags an die ScanMedic Versicherungsmakler GmbH kommt der Zahlung an uns gleich.

Der Leistungsfall

11. Was ist im Leistungsfall zu beachten? (Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfall)

Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 11.1 Nach einer Komplikation, die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen kann, müssen Sie bzw. die versicherte Person unverzüglich
- den Arzt informieren, der die OP durchgeführt hat und seine Anordnungen befolgen
 - uns informieren.

11.2 Folgende Unterlagen sind uns einzureichen:

- wahrheitsgemäß und komplett ausgefüllte Leistungsfallanzeige (als Formular erhältlich auch auf der Homepage www.scanmedic.de),
- Vorlage des vor der Operation von Ihnen und dem Arzt vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Komplikationsrisiko-Analysebogens,
- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung, falls diese nicht schon vorher erteilt wurden.

Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

- 11.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, müssen Sie sich von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

Die Feststellungen (Gutachten, Berichte etc.) der von uns beauftragten Ärzte werden wir Ihnen auf Anforderung kostenlos überlassen, sofern dies rechtlich zulässig ist.

- 11.4 Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Wir werden Sie über die Erhebung personengebundener Gesundheitsdaten unterrichten, falls uns schon vor dem Leistungsfall Ihre Einwilligung vorliegt. Sie können einer Erhebung widersprechen, dies kann jedoch zu einem Verlust Ihrer Leistungsansprüche führen.

Sie können jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

- 11.5 Hat die OP-Komplikation den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden nach Kenntnis zu melden.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

12. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 11 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfall noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

13. Wann sind unsere Leistungen fällig?

- 13.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

- 13.2 Die Fristen beginnen mit dem Eingang aller zur Leistungsbearbeitung notwendiger, mindestens aber der in Ziffer 11 genannten Unterlagen.

- 13.3 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
Steht die Leistung zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir auf Ihren Wunsch innerhalb von zwei Wochen angemessene Abschlagszahlungen.

Weitere Bestimmungen

14. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die
ScanMedic Versicherungsmakler GmbH
Herrengraben 5, 20459 Hamburg
Telefon: +49 (0)40 251721-0
Telefax: +49 (0)40 251721-23
E-Mail: info@scanmedic.de
oder an unsere Hauptverwaltung / Direktion
gerichtet werden.

Anzeigen und Erklärungen, die Sie an die ScanMedic Versicherungsmakler GmbH geschickt haben, gelten als uns zugegangen. Haben Sie uns oder Ihrem Versicherungsvermittler eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

- 15.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß Bürgerlichem Gesetzbuch in drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung erstmals verlangt werden kann.
- 15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16. Welches Gericht ist zuständig?

- 16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
- 16.3 Ist Ihr Wohnsitz zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Datenschutzhinweis

Wir verwenden personenbezogene Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, für die Ausstellung und Verwaltung dieser Versicherung, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle.

Diese Daten umfassen grundlegende Kontaktinformationen, wie beispielsweise Ihren Namen, Ihre Adresse und die Nummer der Versicherungspolice, können aber auch ausführlichere Angaben zu Ihrer Person (beispielsweise Alter, Gesundheitszustand, Angaben zu Ihren Vermögenswerten, bisherige Schadenfälle) beinhalten, sofern diese Angaben für das von uns versicherte Risiko, die von uns zur Verfügung gestellten Leistungen oder für einen von Ihnen gemeldeten Schadenfall relevant sind.

Wir sind Teil eines globalen Konzerns und daher können Ihre personenbezogenen Daten u. U. an unsere Konzernunternehmen in anderen Ländern weitergeben werden, sofern dies für den im Rahmen der Police gewährten Versicherungsschutz oder für Zwecke der Datenspeicherung erforderlich ist. Wir nehmen auch eine Reihe zuverlässiger Dienstleister in Anspruch, die vorbehaltlich unserer Weisungen und Kontrolle ebenfalls Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten haben.

Sie haben im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten eine Reihe von Rechten, einschließlich des Auskunftsrechts und, unter bestimmten Umständen, des Rechts auf Löschung.

Dieser Abschnitt ist eine gekürzte Erklärung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten nutzen. Weitere Informationen finden Sie in der ungekürzten Fassung unserer Rahmendatenschutzrichtlinie unter <https://www2.chubb.com/de-de/datenschutz.aspx>, die Sie unbedingt durchlesen sollten. Sie können die Rahmendatenschutzrichtlinie auch jederzeit über die E-Mail-Adresse **dataprotectionoffice.europe@chubb.com** anfordern.

Anschriften, Kontakt



Herrengraben 5
20459 Hamburg
Telefon +49 (0) 40 / 25 17 21 - 0
Telefax +49 (0) 40 / 25 17 21 - 23
E-Mail info@scanmedic.de
Internet www.scanmedic.de



Chubb European Group SE
Direktion für Deutschland
Baseler Straße 10
60329 Frankfurt am Main
Telefon +49 69 75613-0
Telefax +49 69 746193
E-Mail info.de@chubb.com
Internet chubb.com/de

Chubb. Insured.SM

