

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, Stützähne, 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.