



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG



JHC Service GmbH

Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Folgekostenversicherung medassure beauty Österreich (Stand 11.2023)

Risikoträger:

Nürnberger Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100
D-90334 Nürnberg

Hinweise zum Aufbau und zur Anwendung

Teil A enthält Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes

Teil B enthält Regelungen über allgemeine Rechte und Pflichten der Vertragsparteien

- Abschnitt B-1 regelt Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- Abschnitt B-2 regelt die Beitragszahlung
- Abschnitt B-3 und B-7 regelt Ihre Obliegenheiten und weitere Bestimmungen

Teil C enthält Erklärungen und Anzeigen sowie die Anschriftenänderung



INHALT

Teil A		4
A-1	Was ist versichert?	4
A-1.2.	Versicherungsfall	4
A-1.3.	Ästhetik Plus	4
A-1.4.	Unfall-Schutz	4
A-2	Unsere Leistungen	5
A-3	Welche Ausschlüsse gibt es?	5
A-4	Geltungsbereich	5
A-5	Leistungserbringung	6
A-6	Subsidiarität	6
Teil B		7
B-1	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	7
B-1.1.	Beginn des Versicherungsschutzes	7
B-1.2.	Dauer und Ende des Versicherungsschutzes	7
B-1.3.	Eintritt des Versicherungsfalles während der Dauer des Versicherungsschutzes; Nachhaftung	7
B-2	Was muss bei der Beitragszahlung beachtet werden?	7
B-2.1.	Was geschieht, wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?	7
B-2.2.	Was geschieht, wenn der Versicherungsnehmer den Einmalbeitrag im Lastschriftverfahren nicht rechtzeitig zahlt?	8
B-3	Welche Anzeigepflichten müssen vor Vertragsabschluss beachtet werden?	
B-4	Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles?)	8
B-5	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles?	9
B-6	Wann verjähren die Ansprüche?	
B-7	Wo können Beschwerden eingereicht werden? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?	9
B-8	Welches Gericht ist zuständig?	10
B-9	Welches Recht findet Anwendung?	10
Teil C		11
C-1	Was ist bei Mitteilung an den Versicherer zu beachten?	11
C-2	Was gilt bei Änderung der Anschrift?	11

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR FOLGEKOSTENVERSICHERUNG MEDASSURE BEAUTY ÖSTERREICH (Stand 11.2023)

Teil A

A-1 Was ist versichert?

Der Versicherer bietet der versicherten Person Versicherungsschutz für die Kosten der Behandlung von schicksalshaften Komplikationen, welche in Folge einer durchgeführten und von der versicherten Person selbst zu zahlenden kosmetischen Behandlung oder aufgrund einer teilweise selbst zu zahlenden (zahn-)medizinischen Behandlung (versicherter Eingriff) eintreten.

A-1.2. Versicherungsfall

- (1) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Behandlung einer versicherten Person wegen schicksalshaften Komplikationen.
- (2) Jegliche Komplikationen, die auf demselben versicherten Eingriff beruhen, gelten als ein einheitlicher Versicherungsfall, der in dem Zeitpunkt eintritt, in dem erstmalig eine ärztliche Tätigkeit wegen einer der Komplikationen in Anspruch genommen worden ist. Muss die Behandlung auf eine Komplikation ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit kein neuer Versicherungsfall.
- (3) Der Versicherungsfall endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht, spätestens aber mit Ablauf eines Zeitraums von 24 Monaten nach Beginn des Versicherungsfalles. Im Einzelfall kann der Zeitraum von 24 Monaten nach Genehmigung des Versicherers ausgedehnt werden.

A-1.3. Ästhetik Plus:

Im Rahmen des versicherten Eingriffs gemäß Ziffer A-1 sind zusätzlich die Kosten von Behandlungen zur Wiederherstellung des ursprünglichen ästhetischen Ergebnisses bis zur Höhe der im Versicherungsschein genannten Entschädigungsgrenzen mitversichert.

A-1.4. Unfall-Schutz:

Sofern infolge eines Unfalls das ästhetische Ergebnis der versicherten Behandlung beschädigt oder zerstört wird, besteht Versicherungsschutz für die Kosten der medizinisch notwendigen Behandlungen zur Beseitigung der Unfallfolgen sowie die Kosten von Folgebehandlungen zur Herstellung des ursprünglichen ästhetischen Ergebnisses bis zur Höhe der im Versicherungsschein genannten Entschädigungsgrenzen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person innerhalb der Vertragslaufzeit durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer die Aufwendungen der versicherten Person für Behandlungen in den im Versicherungsschein aufgeführten Ländern, soweit diese nicht von der gesetzlichen Krankenkasse, einer privaten Krankenversicherung, einer Beihilfestelle oder sonstigen Institution übernommen werden.

Soweit der Versicherer Leistungen erbracht hat, obwohl die versicherte Person einen Erstattungsanspruch gegen eine Krankenkasse, private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder einer anderen Institution hat, ist die versicherte Person zur Rückerstattung derjenigen Versicherungsleistungen verpflichtet, die über den tatsächlich angefallenen Aufwendungen liegen (Bereicherungsverbot).

Wurde das Unfallereignis durch einen Dritten (Schädiger) verursacht, ist dem Versicherer dieses anzuzeigen.

A-2 Unsere Leistungen

Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer die Aufwendungen der versicherten Person für Behandlungen, soweit diese nicht von einem Krankenversicherungsträger, einer privaten Kranken(-zusatz)versicherung oder einer anderen Institution übernommen werden.

Soweit der Versicherer Leistungen erbracht hat, obwohl die versicherte Person einen Erstattungsanspruch gegen einen Krankenversicherungsträger, eine private Kranken(-zusatz)versicherung oder einer anderen Institution hat, ist die versicherte Person zur Rückerstattung derjenigen Versicherungsleistungen verpflichtet, die über den tatsächlich angefallenen Aufwendungen liegen (Bereicherungsverbot).

Der Versicherer erstattet die versicherte Leistung maximal bis zur Höhe der jeweils vereinbarten Versicherungssummen. Die jeweils vereinbarten Versicherungssummen sind dem Versicherungsschein zu entnehmen.

A-3 Welche Ausschlüsse gibt es?

Es besteht kein Anspruch auf Leistungen für

- (1) Komplikationen, die durch eine vorsätzliche Handlung und/oder aus selbst beigebrachten Verletzungen der versicherten Person entstanden sind;
- (2) Kapselprothesen Baker 1 und 2;
- (3) Behandlungen, die nicht in einem der in dem Versicherungsschein genannten Länder vorgenommen werden;
- (4) Nervenverletzungen, Parästhesien;
- (5) Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen und/oder Depressionen sowie eines Breast-Illness-Syndroms
- (6) Nachgewiesene Kunst- und/oder Behandlungsfehler;
- (7) Unzufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis;
- (8) Komplikationen, die auf eine Produkthaftung des Herstellers zurückzuführen sind;
- (9) jegliche Komplikationen, sofern der Versicherungsvertrag nach Beginn des versicherten Eingriffs abgeschlossen wurde;
- (10) Fahrtkosten.

A-4 Geltungsbereich

Der jeweils vereinbarte Geltungsbereich für den Abschluss dieser Versicherung und für die Durchführung der versicherten Folgebehandlungen sind dem Versicherungsschein zu entnehmen.

A-5 Leistungserbringung

Nach Vorlage aller zur Beurteilung eines Leistungsantrags erforderlichen Unterlagen hat der Versicherer innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang dieser die Leistungspflicht anerkennt. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat dieser sich mit dem Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen nach Anerkenntnis oder Einigung fällig.

Der Versicherer rechnet entstandene Kosten in ausländischer Währung zum Wechselkurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen.

Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann der Versicherungsnehmer die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen.

Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden. Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beiträge überwiesen werden können. Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

A-6 Subsidiarität

Der Versicherungsschutz unter diesem Versicherungsvertrag besteht nur subsidiär zu anderweitigem Versicherungsschutz. Anderweitige Leistungspflichten gehen vor, wenn für diese Gefahren auch bei einem anderen Versicherer Versicherungsschutz besteht.

Teil B

B-1 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

B-1.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, frühestens jedoch zu dem in Ziffer B-2.1.(2) genannten Zeitpunkt.

B-1.2. Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet 12 Monate nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn, soweit nicht im Versicherungsschein etwas anderes vereinbart wurde.

B-1.3. Eintritt des Versicherungsfalles während der Dauer des Versicherungsschutzes; Nachhaftung

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für solche Versicherungsfälle, die zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer B-1.1. und dem Ende des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer B-1.2. eintreten.

Tritt der Versicherungsfall während dieser Dauer des Versicherungsschutzes ein, besteht für diesen Versicherungsfall auch über das Ende des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer B-1.2. hinaus so lange eine Nachhaftung des Versicherers, bis der Versicherungsfall gemäß Ziffer A-1.2.(3) beendet ist.

B-2 Was muss bei der Beitragszahlung beachtet werden?

B-2.1. Was geschieht, wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung:
Der Einmalbeitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
- (2) Späterer Beginn des Versicherungsschutzes:
Wird der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- (3) Rücktritt:
Wird der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten, solange der Einmalbeitrag nicht gezahlt ist. Im Falle des Rücktritts kann der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr in Höhe von 20% des Einmalbeitrags für gehabte Aufwendungen erheben. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.



B-2.2. Was geschieht, wenn der Versicherungsnehmer den Einmalbeitrag im Lastschriftverfahren nicht rechtzeitig zahlt?

Ist die Einziehung des Einmalbeitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Einmalbeitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Einmalbeitrag ohne das Verschulden des Versicherungsnehmers durch den Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach der in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Kann der fällige Einmalbeitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Einmalbeitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Einmalbeitrags erst verpflichtet, wenn der Versicherer hierzu in Textform aufgefordert hat.

B-3 Welche Anzeigepflichten müssen vor Vertragsabschluss beachtet werden?

- (1) Anzeige gefahrerheblicher Umstände:
Bis zur Abgabe der Vertragserklärung durch den Versicherungsnehmer sind sämtliche bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem Versicherungsnehmer zu schließen, erheblich sind. Erheblich sind die Gefahrumstände, nach denen der Versicherer den Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person in Textform fragt.
- (2) Folgen einer Pflichtverletzung:
Verletzt der Versicherungsnehmer seine Pflicht zur Anzeige gefahrerheblicher Umstände, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat oder der Versicherer den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen oder Konditionen, geschlossen hätte.
- (3) Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles:
Im Falle des Rücktritts nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer unter keinen Umständen zur Leistung verpflichtet.

B-4 Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles)?

- (1) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer innerhalb der Vertragslaufzeit jede Behandlung von Komplikationen, die nach einem versicherten Eingriff vorgenommen werden und voraussichtlich eine Leistungspflicht des Versicherers herbeiführen können, in Textform oder telefonisch anzuzeigen.
- (2) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die ihrer Genesung hinderlich sind. Die versicherte Person hat insbesondere beim Auftreten von Komplikationen, die voraussichtlich eine Leistungspflicht des Versicherers herbeiführen können, unverzüglich einen Arzt hinzuzuziehen und seine Anordnungen zu befolgen.
- (3) Der Versicherer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass die versicherte Person jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist und insoweit Belege verlangen. Auskünfte



sind dem Versicherer wahrheitsgemäß zu erstatten. Die versicherte Person ist insbesondere verpflichtet, auf entsprechendes Verlangen des Versicherers

- a. Schadenauskünfte wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich an den Versicherer zurückzusenden;
 - b. Die Vorgaben zur Schadenregulierung zu befolgen.
 - c. Sobald der versicherten Person ein Regress einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zugeht, besteht die Verpflichtung, dem Versicherer dies unverzüglich in Textform anzuzeigen. Der Versicherer kann gegenüber der versicherten Person verlangen, gegen den Bescheid Widerspruch einzulegen und ggfs. gerichtliche Schritte einzuleiten.
- (4) Werden Ärzte oder sonstige medizinische Einrichtungen vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten trägt der Versicherer.

B-5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles?

- (1) Verletzt die versicherte Person eine von ihr zu erfüllende vertragliche Obliegenheit nach Ziffer B-4 vorsätzlich, ist der Versicherer leistungsfrei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat. Dieser gesondert mitzuteilende Hinweis des Versicherers kann auch von dem dazu vom Versicherer autorisierten und bevollmächtigten Assekurateur, ausdrücklich benannt in der nachfolgenden Ziffer C-1, erfolgen.
- (2) Kann die versicherte Person nachweisen, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.
- (3) Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

B-6 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

- (1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften des jeweiligen Landes, in dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

B-7 Wo können Beschwerden eingereicht werden? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bei Unstimmigkeiten sind Beschwerden vorrangig an den Assekurateur JHC oder an den Versicherer zu richten. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann für die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Den Ombudsmann kann per

- Telefon: 0049 800 2 550444 (kostenfrei)
- Telefax: 0049 30 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
- Internet: www.pkv-ombudsmann.de

erreicht werden.

Der Vertragspartner hat zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53
53002 Bonn

B-8 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer ist neben dem Gericht, in dessen Bezirk der Versicherer seinen Sitz hat, auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, zuständig.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

B-9 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsvertrag unterliegt den gesetzlichen Vorschriften des jeweiligen Landes, in dem dieser abgeschlossen wurde.

Teil C

C-1 Was ist bei Mitteilung an den Versicherer zu beachten?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und an den Assekuradeur

JHC Service GmbH
Konrad-Adenauer-Ufer 39
50668 Köln
Deutschland

zu richten.

C-2 Was gilt bei Änderung der Anschrift?

Hat die versicherte Person eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die der versicherten Person gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift der versicherten Person. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung der versicherten Person.