



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG



JHC Service GmbH

Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Folgekostenversicherung medassure cosmetics

(Stand 03.2023)

Risikoträger:

Nürnberger Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG



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 bis B-3 regelt die Beitragszahlung
- Abschnitt B-4 bis B-9 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-2 Unsere Leistungen	4
A-3 Welche Ausschlüsse gibt es?	5
A-4 Geltungsbereich	5
A-5 Leistungserbringung	5
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-3 Kann es zu Beitragsanpassungen kommen?	8
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 aus dem Versicherungsvertrag?	9
B-7 Wo können Beschwerden eingereicht werden? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?	10
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 COSMETICS (Stand 03.2023)

Teil A

A-1 Was ist versichert?

Der Versicherer bietet der versicherten Person Versicherungsschutz für die Kosten der Behandlung von schicksalhaften Komplikationen, welche in Folge einer durchgeführten und von der versicherten Person selbst zu zahlenden nicht operativen kosmetischen Behandlung, wie zum Beispiel Faltenunterspritzungen mit resorbierbaren Fillern und Botulinumtoxin A, (versicherter Eingriff) eintreten. Die unter den Versicherungsschutz fallenden nicht operativen kosmetischen Behandlungen werden in dem Versicherungsschein abschließend aufgeführt.

A-1.2. Versicherungsfall

- (1) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Behandlung einer versicherten Person wegen einer schicksalhaften Komplikation nach dem versicherten Eingriff, die durch einen Facharzt festgestellt werden muss.
- (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 6 Monaten nach Beginn des Versicherungsfalles. Im Einzelfall kann der Zeitraum von 6 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-2 Unsere Leistungen

Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer die Aufwendungen der versicherten Person für Behandlungen, soweit diese nicht von der gesetzlichen Krankenkasse, einer privaten Krankenversicherung, einer Beihilfestelle oder einer anderen 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).



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) Nervenverletzungen, Parästhesien;
- (3) Behandlungen, die nicht in einem der in dem Versicherungsschein genannten Länder vorgenommen werden;
- (4) Komplikationen, die aufgrund einer Behandlung mit nicht resorbierbaren Fillern entstanden sind;
- (5) Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen und/oder Depressionen;
- (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 Anerkennung 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 Absatz 4 genannten Zeitpunkt.

B-1.2. Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht eine der beiden Vertragsparteien spätestens einen Monat vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragsdauer in Schriftform kündigt.

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-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?

Der im Versicherungsschein genannte Beitrag ist sofort nach Vertragsschluss fällig. Sofern vom Gesetzgeber gefordert, enthält der in Rechnung gestellte Beitrag die (auch gesondert ausgewiesene) Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetzgeber bestimmten Höhe zu entrichten haben.

Die Folgebeiträge der Jahrespolice sind zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt fällig und zu zahlen.

Ist ein SEPA-Lastschriftmandat vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden,



ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach der in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Erfolgt die Zahlung des ersten Beitrags oder der ersten Beitragsrate nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst zu diesem Zeitpunkt.

Ist der erste Beitrag oder die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Erfolgt die Zahlung des ersten Beitrags oder der ersten Beitragsrate nicht rechtzeitig, kann der Versicherer außerdem vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Erfolgt die Zahlung eines Folgebeitrags nicht rechtzeitig, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer auffordern, den rückständigen Folgebeitrag zuzüglich des Verzugschadens (Kosten und Zinsen) innerhalb von zwei Wochen ab Zugang des Aufforderungsschreibens zu zahlen. Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist ein und sind zu diesem Zeitpunkt diese Beträge noch nicht bezahlt, besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherer bleibt jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung des Folgebeitrags nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist noch in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Folgebeiträge innerhalb eines Monats ab Zugang der Kündigung zahlt. Hat der Versicherer die Kündigung zusammen mit der Mahnung ausgesprochen, wird die Kündigung unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Ablauf der in der Mahnung genannten Zahlungsfrist zahlt. Für Versicherungsfälle, die in der Zeit nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist bis zur Zahlung eintreten, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherungsschutz besteht erst wieder für Versicherungsfälle nach Zahlung des Folgebeitrags.

B-3 Kann es zu Beitragsanpassungen kommen?

Die Versicherungsbeiträge können zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Ende des alten Versicherungsjahres schriftlich mitgeteilt werden. Der Versicherungsvertrag kann dann innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung gekündigt werden. Und zwar zu dem Zeitpunkt, zu dem die Änderung wirksam werden sollte.

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 erteilen. 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-3 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 Assekuradeur, 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 allgemeinen Vorschriften des jeweiligen Landesgesetzes, 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 Assekuradeur 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.

Der Ombudsmann kann per

- Telefon: 0800 2 550444 (kostenfrei)
- Fax: 030 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
- Internet: www.pkv-ombudsmann.de

erreicht werden.

Der Versicherungsnehmer 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 und dem Gericht, in dem die für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers ihren Sitz hat, auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (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 dem jeweiligen Landesrecht, 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 Assekurateur

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 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.