

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Für die
schönste Zeit
des Jahres.

Reise-Krankenversicherung Familie (R33)
inklusive Assistance Leistungen

MUSTER

Nicht zur Antragstellung geeignet

Allianz 

Jahrespolicen Reise-Krankenversicherung Familie (R33)

Weltweit Versicherungsschutz und Assistance-Leistungen – für die ganze Familie. Für nur 19,60 EUR Jahresbeitrag.

Sooft Sie auch jährlich verreisen – unsere Reise-Krankenversicherung Familie (R33) schützt Sie und Ihre Familie weltweit bei Auslandsreisen bis zu 8 Wochen (56 Tage) lang vor den Kosten einer Krankheit. Damit ein plötzlicher Unfall oder eine unangenehme Erkrankung Ihre Reise nicht mehr als nötig trüben, können Sie sich dann sorglos als Privatpatient behandeln lassen. Das ist besonders wichtig für Kassenmitglieder, da die gesetzliche Krankenkasse auch mit der europäischen Krankenversicherungskarte nicht immer ausreichende Absicherung bietet. Aber auch wenn Sie ohnehin privat krankenversichert sind, können Sie Ihren Krankenschutz mit der Jahrespolicen sinnvoll ergänzen.

Bitte beachten Sie: Sobald ein Familienmitglied 70 Jahre oder älter ist, beträgt der Jahresbeitrag 53,00 EUR.

Die Leistungen der Reise-Krankenversicherung Familie (R33) im Überblick:

- Unser Assistance-Leistungen garantieren Ihnen einen telefonischen 24-Stunden-Service an 365 Tagen unter der +49 89.67 85 12 34.
- Ihr Versicherungsschutz besteht für 8 Wochen.
- Wir erstatten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte) zu 100 %.
- Wir garantieren Ihnen die Kostenübernahme bis 10.000 EUR bei Behandlung im Krankenhaus.
- Wir rechnen direkt mit dem Krankenhaus bzw. dem behandelnden Arzt ab.
- Mitaufnahme einer Begleitperson bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person, wenn diese jünger als 18 Jahre ist.

Weitere Leistungen sind:

- Organisation des Krankenrücktransportes
- Organisation von Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland
- Dolmetscher-Service in allen gängigen Weltsprachen

Hinweise zum Krankenrücktransport:

Der Krankenrücktransport wird erstattet, wenn dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, einschließlich der Aufwendungen für eine bei uns mit der Leistung „Rücktransport aus dem Ausland“ versicherte Begleitperson.

Was wir zum Beispiel nicht erstatten:

- Bricht während eines Urlaubs ein Zahn ab, leisten wir nur für die schmerzstillende Behandlung sowie für provisorischen Zahnersatz, nicht jedoch für einen definitiven Zahnersatz oder ein Implantat.
- Geht im Urlaub eine Brille kaputt, leisten wir keinen Ersatz für eine neue Brille.

Produktinformationsblatt zur Reise-Krankenversicherung Familie (R33)

Diese Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Sie dienen lediglich als Orientierungshilfe und sollen bei der Auswahl der für Sie geeigneten Versicherung unterstützen.

Diese Informationen und Angaben sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich allein aus unserem Angebot, dem Versicherungsschein sowie den beigefügten Versicherungsbedingungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Das gewünschte Produkt ist eine Reise-Krankenversicherung für Familien. Unsere Jahrespolice schützt Sie zusammen mit Ihrer Familie weltweit bei Auslandsreisen bis zu 8 Wochen (56 Tage) lang vor den Kosten einer Krankheit. Grundlage sind die Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Familie (R33).

Bitte beachten Sie, dass zur Familie gehörende Kinder nur bis zu ihrem 18. Geburtstag mitversichert sind (siehe Teil A Ziffer 1.1.2 der Versicherungsbedingungen).

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Wir ersetzen Aufwendungen bei Auslandsreisen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen und damit unmittelbar im Zusammenhang stehende Dienstleistungen (siehe Teil A Ziffern 1.2 bis 1.4 der Versicherungsbedingungen).

Versichert ist 100 % Kostenerstattung für

- ärztliche Behandlung (ambulant und stationär) einschließlich Operation, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus,
- die Mitaufnahme einer Begleitperson bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person, wenn diese jünger als 18 Jahre ist,
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte),
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung, provisorischen Zahnersatz sowie Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen) und von Zahnersatz,
- medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport (auch im Ambulanzflugzeug). Wir ersetzen diese Kosten auch für eine bei uns mit der Leistung „Rücktransport aus dem Ausland“ versicherte Begleitperson,
- Assistance-Leistungen (z. B. telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen, Benennung von Kliniken im Ausland, Dolmetscher-Service, Information der Angehörigen der versicherten Person, Kostenübernahmegarantie bis 10.000 EUR gegenüber dem Krankenhaus und Übernahme der Abrechnung mit dem Krankenhaus bzw. dem behandelnden Arzt, Organisation des Krankenrücktransportes, Organisation von Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland),
- Überführungskosten nach Deutschland bei Todesfall im Ausland,
- Bestattung im Ausland bis 10.000 EUR der unmittelbar entstandenen Kosten.

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- Aufwendungen für Behandlungen innerhalb Deutschlands,
- Leistungen ab dem 57. Tag einer Reise.

3. Wie hoch ist der Beitrag und wann muss dieser gezahlt werden?

Der Beitrag beträgt pro Familie und Versicherungsjahr 19,60 EUR. Ab dem 70. Geburtstag der ältesten Person einer Familie beträgt der Beitrag pro Familie und Versicherungsjahr 53,00 EUR.

Wenn der Versicherungsnehmer bzw. ein mitversicherter Familienangehöriger während der Vertragslaufzeit 70 Jahre alt wird, wird ab Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres der dann gültige Beitrag fällig (derzeit: 53,00 EUR).

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Die Zahlung ist unverzüglich, wenn der erste Beitrag bei Fälligkeit von uns eingezogen werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Der Folgebeitrag ist jeweils am Monatsersten des neuen Versicherungsjahres zu zahlen (siehe Teil B Ziffern 1.1 und 1.2 der Versicherungsbedingungen). Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz erst mit Eingang der verspäteten Zahlung. Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie den ersten Beitrag nicht gezahlt haben. Zahlen Sie den Folgebeitrag nicht rechtzeitig, gefährden Sie den Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen (siehe Teil B Ziffern 1.2 und 1.3 der Versicherungsbedingungen).

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden von uns gemahnt, erheben wir Mahnkosten in Höhe von mindestens 1,50 EUR. Für nicht eingelöste Lastschriften stellen wir außerdem Kosten von 3 EUR in Rechnung.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz erfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Wenn Sie ins Ausland reisen, weil dort eine angeblich bessere Behandlung als in Deutschland erhältlich ist (Beispiel: Check-up in den USA; Hüftgelenkersatz in der Schweiz).
- Bricht während eines Urlaubs ein Zahn ab, leisten wir nur für die schmerzstillende Behandlung und für einen provisorischen Zahnersatz, nicht jedoch für einen definitiven Zahnersatz oder ein Implantat.
- Geht im Urlaub eine Brille kaputt, leisten wir keinen Ersatz für eine neue Brille.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausschlüsse ergeben sich aus Teil A Ziffer 2 der Versicherungsbedingungen.

5. Welche Pflichten sind bei Vertragsabschluss zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

- Sie müssen den Vertrag vor dem Reisebeginn abschließen (siehe Teil C Ziffer 1 der Versicherungsbedingungen). Rückdatierungen sind nicht möglich. Die Annahmeerklärung enthält die Einzugsermächtigung zum Abruf des Jahresbeitrags von Ihrem Girokonto.
- Für den Vertragsabschluss sind die vollständigen Angaben des Kontos erforderlich, von dem der Beitrag abgebucht wird. Versicherungsnehmer und Kontoinhaber müssen identisch sein.
- Vergessen Sie bitte auf keinen Fall die Unterschrift auf der Annahmeerklärung, da sonst der Vertragsabschluss nicht möglich ist.

6. Welche Pflichten sind während der Laufzeit des Vertrages zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Damit der Vertrag bestehen bleibt, achten Sie bitte auf ausreichende Kontodeckung, wenn der Jahresbeitrag fällig wird. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung können wir leistungsfrei sein.

7. Welche Pflichten sind im Versicherungsfall zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Sie oder die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs

erforderlich sind. Zu beachten sind die unter Teil B Ziffer 2 der Versicherungsbedingungen genannten Obliegenheiten, da diese für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses von großer Bedeutung sind.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten durch Sie oder die versicherte Person kann schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Wir können unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder völlig leistungsfrei sein.

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in der Annahmeerklärung und im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den Beitrag rechtzeitig zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt **nicht** vor Absendung der Annahmeerklärung (einschließlich der Einzugsermächtigung) und **nicht** vor Beginn des Auslandsaufenthaltes (siehe Teil C Ziffer 1 der Versicherungsbedingungen).

Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf der 8. Woche eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des Vertrages. Die Vertragsdauer wird für ein Jahr vereinbart und verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Dauer um ein weiteres Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zugehen (siehe Teil A Ziffer 1.1.3 und Teil C Ziffer 2 der Versicherungsbedingungen).

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Sie – und auch wir – können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit Frist von drei Monaten schriftlich kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein eingetragenen Datum und endet nach 365 Tagen (siehe Teil C Ziffer 2 Absätze 2 bis 4 der Versicherungsbedingungen).

Wichtige Verbraucherinformationen

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: AllianzPrivate Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München oder per Fax an 08 00.4 40 01 03 (aus dem Ausland Fax +49 89.2 07 00 29 13) oder per E-Mail an Krankenversicherung@Allianz.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir nach dem Gesetz in diesem Fall einbehalten. Wir erstatten Ihnen jedoch auch diesen Teil der Beiträge für das erste

Jahr des Versicherungsschutzes, wenn Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

So einfach versichern Sie sich

Bitte füllen Sie zunächst beigeheftete Annahmeerklärung aus. Beachten Sie, dass das Original (durchschreibefähig – kein Kohlepapier erforderlich) direkt auf der Durchschrift – Ihrem Versicherungsschein – liegt. Tragen Sie alle erforderlichen Angaben gut lesbar in Großbuchstaben in die vorgesehenen Felder ein.

Trennen Sie nun das Kuvert (es besteht innen aus der Annahmeerklärung) ab, kleben Sie es zu (Abdeckung auf Klebeband abziehen) und senden es an uns (Adresse ist bereits aufgedruckt).

Die Durchschrift der Annahmeerklärung ist Ihr Versicherungsschein. Bewahren Sie diese Urkunde bitte sorgfältig auf!

Was im Krankheitsfall zu tun ist

Hilfe in Notfällen im Ausland erhalten Sie 24 Stunden täglich unter folgender Nummer: +49 89.67 85 12 34.

- Zur Kostenerstattung schicken Sie bitte alle Rechnungen im Original zusammen mit einer Kopie Ihres Versicherungsscheines an die **Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Reisekrankenversicherung, 10870 Berlin, Telefon: 08 00. 4 10 01 08; kostenfrei** (erreichbar von Montag bis Freitag, 8–20 Uhr).
- Nehmen Sie noch andere Versicherungen in Anspruch, reichen Sie bei uns bitte Rechnungskopien mit Erstattungsvermerk ein.
- Um einen reibungslosen und raschen Ablauf zu gewährleisten, achten Sie bitte darauf, dass folgende Angaben enthalten sind:
 - Name, Wohnsitz und Geburtsdatum
 - Familienmitglied (Ehegatte/Lebensgefährtin, Kind)
 - Krankheitsbezeichnung und Angabe der Reisedaten
- Im Falle eines Unfalles vermerken Sie bitte auf den Rechnungen „unfallbedingte Behandlung“.

Versicherungsinformationen zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Nachfolgend erhalten Sie weitere wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus unserem Angebot, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München. Sitz der Gesellschaft ist München. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister München unter der Nummer HRB 2212. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in Ihrem Auslandsreise-Krankenversicherungs-Prospekt und Ihrem Versicherungsschein genannt.

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben vor allem die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Bayenthalgürtel 26 in 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald Sie unser Angebot angenommen haben. Die Annahme erklären Sie durch die Übersendung der Annahmeerklärung. Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht. Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

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

- den Versicherungsschein einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Widerrufsbelehrung,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Sie in diesen Versicherungsinformationen, den Vertragsbestimmungen sowie bei Verbrauchern im Produktinformationsblatt finden, jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München oder per Fax an 08 00.4 40 01 03 (aus dem Ausland Fax +49 89.2 07 00 29 13) oder per E-Mail an Krankenversicherung@Allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir nach dem Gesetz in diesem Fall ein-

behalten. Wir erstatten Ihnen jedoch auch diesen Teil der Beiträge für das erste Jahr des Versicherungsschutzes, wenn Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Wie lange Ihr Vertrag läuft und wie Sie oder wir ihn beenden können, entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Alternativ besteht für Sie auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, durchzuführen. Der PKV-Ombudsmann ist ein außergerichtlicher Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. An ihn können sich Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Nicht zuständig ist der Ombudsmann für allgemeine Anfragen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung oder wenn die gleiche Streitfrage bereits vor einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), behandelt wird oder wurde. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden.

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Familie (R33)

In der Reise-Krankenversicherung Familie (R33) bieten wir Versicherungsschutz für im Ausland eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland und erbringen weitere Leistungen.

Inhalt:

Teil A – Leistungen

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang
 - 1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz
 - 1.2 Versicherungsschutz für Heilbehandlung, Krankentransporte und Rücktransporte
 - 1.3 Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung
 - 1.4 Unsere Serviceleistungen und Ersatz von Aufwendungen für Telefonate
2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen
3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

Teil B – Ihre Pflichten

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung und geänderter Beitrag nach dem 70. Geburtstag
2. Obliegenheiten
3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Teil C – Allgemeine Regelungen

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Abschluss und Ende des Vertrags
3. Deutsches Recht und Vertragssprache
4. Zuständiges Gericht
5. Verjährung
6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Teil A – Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen im Ausland eintretender Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch

- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden,
- medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und die Entbindung wegen Früh- und Fehlgeburten sowie
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.1.2 Welche persönlichen Eigenschaften sind Voraussetzung für den Versicherungsschutz?

(1) Erforderliche Eigenschaft bei Abschluss der Versicherung (Aufnahmefähigkeit)

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

(2) Erforderliche Eigenschaften während der Dauer der Versicherung

Versicherungsschutz erhalten Sie als Versicherungsnehmer und versicherte Person sowie Ihre versicherten Familienangehörigen, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Familienangehörige im vertraglichen Sinne sind:

- Ehegatten,
- Lebensgefährten sowie
- unverheiratete Kinder (auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder) bis zu ihrem 18. Geburtstag.

(3) Kein Versicherungsschutz bei Fehlen der erforderlichen Eigenschaft

Wer die in Absatz 1 und 2 genannten Eigenschaften nicht erfüllt, genießt keinen Versicherungsschutz, auch wenn Beiträge gezahlt worden sind. Wir können Nachweise darüber verlangen, dass die erforderlichen Eigenschaften vorliegen.

1.1.3 Wie lange besteht der Versicherungsschutz?

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Der Versicherungsschutz beginnt nach der Regelung Teil C Ziffer 1 und besteht während der ersten 8 Wochen (56 Tage) jeder Auslandsreise der versicherten Person.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Ablauf der achten Woche der Auslandsreise. Vor Ablauf der achten Woche der Auslandsreise endet der Versicherungsschutz – auch für schwebende Versicherungsfälle –

- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag endet.
- mit dem Ende des Auslandsaufenthalts.

(2) Verlängerte Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland

Wenn eine im Ausland begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über die nach Absatz 1 vereinbarten 8 Wochen hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

1.1.4 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

(1) Verlegung innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt

- in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

als Deutschland verlegt, bleibt die Versicherung bestehen.

Für die versicherte Person besteht aber während der Dauer ihres gewöhnlichen Aufenthalts in diesem anderen Staat Versicherungsschutz weder in diesem Staat noch in Deutschland.

(2) Verlegung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, endet insoweit die Versicherung.

1.1.5 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.1.6) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.1.6 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.1.5 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweis für ersatzweises Krankenhaustagegeld

Wenn Sie ersatzweise Krankenhaustagegeld geltend machen, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- das Datum der Aufnahme und der Entlassung sowie
- Daten eventueller Beurlaubungstage.

1.1.7 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie. Der Überbringer des Versicherungsscheins mit ordnungsgemäßen Belegen gilt jedoch ebenfalls als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt und wir können statt an Sie an ihn leisten. Wenn wir aber begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.1.8 Was gilt für Überweisungskosten?

Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen müssen Sie tragen, sofern diese auf ein Konto außerhalb von Deutschland überwiesen werden.

Diese Kosten ziehen wir von unseren Leistungen ab. Wenn die Kosten in einer Fremdwährung entstanden sind, rechnen wir sie zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen.

1.2 Versicherungsschutz für Heilbehandlung, Krankentransporte und Rücktransporte

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland – mit Ausnahme von psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen – Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen:

1.2.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, muss die versicherte Person das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus, das

- unter ständiger ärztlicher Leitung steht,
 - über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und
 - Krankengeschichten führt,
- in Anspruch nehmen.

1.2.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schul-

medizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen. Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel). Hierfür gilt Absatz 4.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen) und Operationen.

(2) Aufwendungen für Krankentransporte

a) Aufwendungen für den Transport zur Erstversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zur Erstversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

b) Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Verlegungstransport vom Arzt oder Krankenhaus der Erstversorgung zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

c) Aufwendungen für den Transport zur Unterkunft der versicherten Person

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zurück in die Unterkunft der versicherten Person, wenn dieser Transport im unmittelbaren Anschluss an

- die Erstversorgung nach Absatz a) oder
 - die Weiterversorgung nach Absatz b)
- erfolgt.

(3) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate, mit Ausnahme von bestimmten medikamentenähnlichen Nahrungsmitteln, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

(4) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie),
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Elektrotherapie,
- Lichttherapie sowie
- medizinische Bäder.

Dies setzt voraus, dass sie von einem in eigener Praxis tätigen Arzt oder – bei ärztlicher

Verordnung – von einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten erbracht werden.

(5) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Hilfsmittel – mit Ausnahme von Sehhilfen und von Hörgeräten –, wenn das Hilfsmittel ärztlich verordnet worden ist. Der Aufwendungsersatz setzt außerdem voraus, dass das Hilfsmittel während der versicherten Dauer der Auslandsreise der versicherten Person erstmals erforderlich wird.

1.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung und wann zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

(1) Aufwendungen für Arzt- und Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- die Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person, wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 18 Jahre ist.

(2) Aufwendungen für Krankentransporte

a) Aufwendungen für den Transport zur Erstversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zur Erstversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

b) Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Verlegungstransport vom Krankenhaus der Erstversorgung zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

c) Aufwendungen für den Transport zur Unterkunft der versicherten Person

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zurück in die Unterkunft der versicherten Person, wenn dieser Transport im unmittelbaren Anschluss an

- die Erstversorgung nach Absatz a) oder
 - die Weiterversorgung nach Absatz b)
- erfolgt.

(2) Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach Absatz 1 zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus.

1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- notwendige Füllungen in einfacher Ausführung,
- provisorischen Zahnersatz sowie
- Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen) und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen.

1.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

- an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus,

einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person, wenn für die Begleitperson als versicherte Person bei uns zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

1.3 Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung

Bei Aufwendungen für eine Überführung oder eine Bestattung bieten wir Versicherungsschutz nach folgenden Regelungen:

Welche Aufwendungen für eine Überführung oder Bestattung ersetzen wir?

Wenn die versicherte Person während der Auslandsreise stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen bis zur Höhe von 10.000 Euro. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

1.4 Unsere Serviceleistungen und Ersatz von Aufwendungen für Telefonate

1.4.1 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von Kliniken im Ausland
- Dolmetscher-Service

Wenn für die versicherte Person eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig wird, setzen wir uns mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzen für die versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.

- Betreuung

Wir stellen über einen von uns beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgen wir für die Übermittlung von Informationen zwischen diesen beteiligten Ärzten. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.

- Information der Angehörigen der versicherten Person
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung

Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie bis zu 10.000 Euro ab und übernehmen im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten.

- Versand von Medikamenten und Blutkonserven
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

1.4.2 Welche Aufwendungen für Telefonate ersetzen wir?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Telefonate mit unserem telefonischen 24-Stunden-Service (siehe Ziffer 1.4.1).

Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 20 Euro pro versicherte Person und Versicherungsfall begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

- a) bei Reisen in Deutschland.
- b) bei Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren.
- c) bei Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Auslandsreise wegen des Todes ihres Ehegatten oder ihres Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.
- d) bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch – aufgrund von Reisewarnungen des Auswärtigen Amts von Deutschland – vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.
Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.
- e) bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.
- f) bei Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten ersetzen wir tarifgemäß.
- g) bei Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- h) bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.
- i) bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- j) bei Rehabilitationsmaßnahmen.
- k) bei psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen.
- l) für Sehhilfen und Hörgeräte.
- m) für

- Neuanfertigungen von Inlays (Einlagefüllungen), definitivem Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten,
 - funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie),
 - die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
 - die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.
- n) für kieferorthopädische Behandlungen.

2.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

3.1 Wie ist das Rangverhältnis der Leistungen, wenn Sie auch eine andere Versicherung in Anspruch nehmen können?

Wenn Sie im Versicherungsfall auch aus einer Versicherung mit einem anderen Versicherer eine Leistung beanspruchen können, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor (Subsidiarität). Es steht Ihnen jedoch frei, welchem Versicherer Sie den Versicherungsfall melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, werden wir im Rahmen unserer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

3.2 Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf ersatzweises Krankenhaustagegeld bleiben bestehen.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

Teil B – Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie den Folgen bei deren Verletzung.

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung und geänderter Beitrag nach dem 70. Geburtstag

1.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem in Annahmeerklärung und Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten, in dem ein neues Versicherungsjahr beginnt, zu zahlen.

(2) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

1.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 1.1 Absatz 1 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir unter den in § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genannten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten.

1.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 1.1 Absatz 1 b) zahlen, richten sich die Rechtsfolgen nach § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen.

1.4 Welchen Beitrag müssen Sie ab dem 70. Geburtstag der versicherten Person zahlen?

(1) Anderer Beitrag ab dem 70. Geburtstag

Ab dem 70. Geburtstag der ältesten versicherten Person müssen Sie einen anderen Beitrag zahlen.

Wenn die älteste versicherte Person während der Vertragslaufzeit 70 Jahre alt wird, gilt Folgendes:

Sie müssen den dann gültigen Beitrag nach Ablauf des Versicherungsjahrs zahlen, in dem die versicherte Person 70 Jahre alt geworden ist.

(2) Angaben in der Beitragsübersicht

Die Höhe des Beitrags können Sie dem Anhang „Beitragsübersicht“ entnehmen.

2. Obliegenheiten

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

(1) Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

2.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 2.2 gilt bei Verletzung der Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der versicherten Person zustehen.

Teil C – Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in Annahmeerklärung und Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 1.1 Absatz 1 a) zahlen. Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 1.2 Absatz 1). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor

- Absendung (Datum des Poststempels) der vollständig ausgefüllten Annahmeerklärung einschließlich der Einzugsermächtigung
- und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Wenn die Annahmeerklärung nach Beginn der Auslandsreise abgesendet wird, besteht für diese Auslandsreise kein Versicherungsschutz.

2. Abschluss und Ende des Vertrags

Wie kommt der Vertrag zustande und wann endet er?

(1) Vertragsabschluss

Der Vertrag kommt zu dem Zeitpunkt zustande, zu dem uns die vollständig ausgefüllte Annahmeerklärung zugeht.

(2) Vertragsdauer

Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr (Versicherungsjahr). Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in Annahmeerklärung und Versicherungsschein als Versicherungsbeginn eingetragenen Datum.

(3) Stillschweigende Verlängerung

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Dauer um jeweils ein weiteres Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen.

(4) Ordentliche Kündigung

Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

3. Deutsches Recht und Vertragssprache

Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht. Jedwede Kommunikation zum Versicherungsvertrag erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

4. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

5. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen

Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Anhang: Beitragsübersicht

Beitrag für die Reise-Krankenversicherung Familie (R33)

- Der Beitrag beträgt unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen pro Familie und Versicherungsjahr 19,60 Euro, solange die älteste versicherte Person noch nicht 70 Jahre alt ist.
- Nach dem 70. Geburtstag der ältesten versicherten Person müssen Sie nach Teil B Ziffer 1.4 pro Familie und Versicherungsjahr den dann gültigen Beitrag zahlen (derzeit 53 Euro).

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z.B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt¹⁷⁾. Eine aktuelle

Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsatz/index.html eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09, krankenversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine detaillierten Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in einigen Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen.

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

Vermittler können zu Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Beitragszuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Bei einem Vermittlerwechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Beitragszuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. In der Regel werden Sie vor einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine geschützten Vertragsinformationen in dem oben genannten Umfang an selbstständige Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

¹⁾ Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG * (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung),
- Allianz Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- AGA Service Deutschland GmbH * (Assistancedienstleistungen),
- rehacare GmbH *, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH * (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Giesecke & Devrient GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)



Weltweite Sicherheit

Sollten Sie im Ausland erkranken, steht Ihnen im Notfall unser 24-Stunden-Notrufservice zur Verfügung. Wählen Sie dann bitte die folgende Telefonnummer und Sie erhalten umgehend die notwendigen Informationen und Hilfeleistungen:
+49 89.67 85 12 34

Allianz 

Für Reisen nach Amerika beachten Sie bitte die Rückseite dieser Karte.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß.

Vorstand: Dr. Birgit König,

Vorsitzende: Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Michael Hessling, Burkhard Keese, Christian Molt.

Sitz der Gesellschaft: München,

Registergericht: München, HRB 2212

Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München

Briefanschrift: 10870 Berlin

Wünschen Sie weitere Informationen?

Gerne können Sie sich dazu an unsere Kundenbetreuung wenden:

Telefon: Kostenerstattung 08 00.4 10 01 08 und

vertragliche Änderungen: 08 00.4 10 01 09.

(Erreichbar von Montag bis Freitag 8–20 Uhr;

kostenfrei aus allen deutschen Netzen)

E-Mail: Krankenversicherung@Allianz.de

Wir stellen Ihnen gerne kostenlos und unverbindlich Informationen zur Verfügung.

- Private Krankheitskosten-Vollversicherung für Selbstständige, Angestellte, Ärzte und Beamte
- Zusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte
- Krankentagegeld für Selbstständige, Angestellte und Ärzte
- Pflegezusatzversicherung

www.allianz.de

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Ihre Allianz Vertretung:



D2-53-014Z0 (00) 100.4.13



Versicherungsschein R 33

Allianz Private Krankenversicherungs-AG



Versicherungsnehmer:

Herr	Frau	Titel	
Zuname			
Vorname			
Straße und Hausnummer			
PLZ	Wohnort		

Geburtsdatum

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsbeginn
soll der

Tag	Monat	Jahr

sein.

EUR	Cent	

Gesamt-
beitrag

MUSTER
Nicht zur Antragstellung geeignet

Familienangehörige:

Herr	Frau	Kenn-Nr.	
		0	3 3 0 5

Kenn-Nr.

0 3 3 0 5

Der Durchschlag gilt als
Versicherungsbestätigung.

Vorname Ehegatte / Lebensgefährte

Zuname, wenn abweichend vom Versicherungsnehmer:			
--	--	--	--

▼ Interne Vermerke – vom Vermittler auszufüllen ▼

Vermittler-Nr. (ABV/ Makler/Kooperation) (8-stellig) B-Nr.b (4-stellig)									
Fremd-Nr. (Kooperation)									
Name des Vermittlers									
Gesellschaft									

Keine Stempel und Aufkleber verwenden!

Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig. Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für einen bereits vor Beitragszahlung eingetretenen Versicherungsfall besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Unser Rücktrittsrecht

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Hinweis: Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes, zur Fälligkeit des ersten oder einmaligen Beitrages und zur Rechtmäßigkeit der Zahlung entnehmen Sie diesem Versicherungsschein sowie den für Ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.

Mi
vor
Da
Tag

atum

Monat

Jahr

Kinder unter 18 Jahren

Einzugsermächtigung
(Versicherungsnehmer und Kontoinhaber
müssen identisch sein)

Bankleitzahl

Kontonummer

Name des Geldinstituts, Zweigstelle

Ort des Geldinstituts, Zweigstelle

„Einwilligung in die Erhebung und Verwendung
weigepllichtentbindungserklärung“ auf den Seiten 23 – 25 ab.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift(en) mitversicherter Personen ab 16 Jahren/ ggf. gesetzlicher Vertreter

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Reiß, Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende: Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Michael Hessling, Burkhard Keese, Christian Moltz, Sitz der Gesellschaft: München, - Registergericht: München HRB 2712
Für Umsatzsteuerzwecker: USt-ID-Nr.: DE 811 239 569. Diese Leistung ist umsatzsteuerfrei i. S. des UStG und der 6. EG-Richtlinie.

Stempel Ihres Betreuers:

bitte
freimachen

Antwort

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin