

Tarif Travel+

Jahres-Reiseschutzbrief für Singles und Familien

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Travel+ (AVB/Travel+).

Bezeichnung des Tarifs Travel+ im Versicherungsschein:

- Travel+ für Singles **TRKS+**
- Travel+ für Familien **TRKF+**

Stand 01.10.2021

Barmenia
Versicherungen a. G.

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs Travel+. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen auf Reisen

Erstattung zu

bis zu

Im Ausland:

Kosten bei ambulanter Heilbehandlung

100 %

-

Arznei- und Verbandmittel

100 %

-

Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräte)

100 %

-

Bildgebende Verfahren (z. B. Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, MRT)

100 %

-

Kosten bei stationärer Heilbehandlung

100 %

-

Transport zur stationären Heilbehandlung

100 %

-

Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall

100 %

-

Leistungen auf Reisen	Erstattung zu	bis zu
Zahnbehandlung, Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz und provisorischer Zahnersatz	100 %	-
Krankenhaus-Tagegeld	15 EUR pro Tag	-
Rooming-In oder Krankenhaus-Tagegeld	100 % oder 15 EUR pro Tag	-
Notfallbetreuung von Kindern im Familientarif	100 %	-
telemedizinische Leistungen durch Ärzte und andere Leistungserbringer	100 %	-
Rettung und Bergung	100 %	5.000 EUR
Rücktransport (inkl. Rettungsflüge)	100 %	-
Überführung/Bestattung am Sterbeort	100 %	10.000 EUR
Telefonkosten für Anrufe - im Zusammenhang mit telemedizinischen Leistungen, - bei einem unserer Assistancepartner oder - bei uns im Fall eines medizinischen Notfalls.	100 %	-
In Deutschland:		
Krankenhaus-Tagegeld bei stationärer Heilbehandlung	30 EUR pro Tag	-
Transportkosten für die Verlegung in ein Krankenhaus am gewöhnlichen Aufenthaltsort (innerhalb Deutschlands)	100 %	600 EUR
Überführung (innerhalb Deutschlands)	100 %	600 EUR

Vorbemerkung

Wer kann im Single-Tarif versichert werden?	5
Wer kann im Familien-Tarif versichert werden?	5

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?	5
Für welche Reisen besteht Versicherungsschutz?	5
Wie lange besteht Versicherungsschutz?	6
Wann liegt der Versicherungsfall vor?	6
Wie sind Beginn und Ende des Versicherungsfalls geregelt?	6
Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?	6
Was gilt, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?	6
§ 2 Wie sind Abschluss und Dauer des Versicherungsschutzes geregelt?	7
§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	7
§ 4 Was ist im Ausland versichert und in welcher Höhe?	7
a) Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung	7
b) Wahlrecht bei stationärer Heilbehandlung	9
c) Krankenhaus-Tagegeld	9
d) Rooming-In	9
e) Notfallbetreuung von Kindern im Familientarif	9
f) Telemedizinische Leistungen durch Ärzte und andere Leistungserbringer	10
g) Rettung und Bergung	10
h) Rücktransport	10
i) Überführung/Bestattung am Sterbeort	11
j) Telefonate	11
§ 5 Was ist in Deutschland versichert und in welcher Höhe?	11
a) Krankenhaus-Tagegeld	11
b) Transport an den gewöhnlichen Aufenthalt	11
c) Überführung	11
§ 6 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?	11
§ 7 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?	12
§ 8 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?	13
An wen zahlen wir die Erstattung für die von Ihnen eingereichten Belege?	13
Was ist bei ausländischen Rechnungen zu beachten?	13
Dürfen Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?	13
§ 9 Was ist zu beachten, wenn auch noch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?	14
§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?	14

Ihre Pflichten

§ 11	Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?	14
§ 12	Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?	15
§ 13	Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?	15
§ 14	Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen für Sie?	15
§ 15	Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegen Dritte haben?	15
§ 16	Wann können Sie aufrechnen?	16

Ende der Versicherung

§ 17	Wann können Sie (oder wir) den Versicherungsvertrag kündigen?	16
§ 18	Wann endet das Versicherungsverhältnis?	17

Sonstige Bestimmungen

§ 19	Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?	17
§ 20	Welches Gericht ist zuständig?	17
§ 21	Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	18

Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg 18

Anhang

Anhang I:	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	19
Anhang II:	Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	21

Vorbemerkung

Wir sind die Barmenia Versicherungen a. G. Sie sind unser Vertragspartner. Also der Versicherungsnehmer. Gleichzeitig sind Sie auch der Versicherte. Ihre im Familien-Tarif mitversicherten Angehörigen bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte. Wir verwenden hierbei die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Schreibweise.

Wer kann im Single-Tarif versichert werden?

Im Single-Tarif können Sie sich unter folgenden Voraussetzungen versichern:

- Sie sind wenigstens 18 Jahre alt.
Sie haben Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland.
Das heißt: Sie halten sich mindestens sechs Monate im Jahr in Deutschland auf.
- Sie erhalten eine der bei Abschluss des Vertrages wählbaren Arten für die Zahlung des Beitrags aufrecht.

Wer kann im Familien-Tarif versichert werden?

Familien können sich unter folgenden Voraussetzungen versichern:

- Die Familie hat ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Das heißt: Sie hält sich mindestens sechs Monate im Jahr in Deutschland auf. Familienangehörige, auf die dies nicht zutrifft, können sich nicht versichern.
- Alle mitversicherten Personen leben in einem gemeinsamen Haushalt und sind dort gemeldet.
- Sie erhalten eine der bei Abschluss des Vertrages wählbaren Arten für die Zahlung des Beitrags aufrecht.

Als Familie sind versichert:

- Sie als →¹ Versicherungsnehmer, wenn Sie wenigstens 18 Jahre alt sind.
- Ihr Ehepartner (auch eingetragene Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz).
- Ihr Lebenspartner.
- Ihre Kinder und die Kinder Ihres Ehe- oder Lebenspartners. Zu den Kindern zählen auch
 - Pflegekinder,
 - Stiefkinder und
 - Adoptivkinder.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

Für welche Reisen besteht Versicherungsschutz?

(1) Bei Urlaubsreisen und beruflichen Reisen bieten wir Versicherungsschutz bei

- Krankheiten,
- Unfällen und
- anderen im Vertrag genannten Ereignissen.

Wir erbringen damit unmittelbar zusammenhängende → zusätzliche Dienstleistungen, soweit sie vereinbart sind.

Bei einem eintretenden → Versicherungsfall

a) **im Ausland** ersetzen wir dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung. Wir zahlen bei stationärer Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaus-Tagegeld. Darüber hinaus erbringen wir sonst vereinbarte Leistungen (vergleiche § 4).

Nicht als Ausland gelten:

- Deutschland

¹ Mit "→" sind Begriffe gekennzeichnet, die im Glossar ab Seite 21 erläutert werden.

- Länder, in denen der Versicherte einen ständigen Wohnsitz oder → gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- b) **in Deutschland** zahlen wir bei notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaus-Tagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (vergleiche § 5).

(2) Es gelten die Einschränkungen unserer Leistungspflicht nach § 6.

Wie lange besteht Versicherungsschutz?

(3) Versicherungsschutz besteht für die ersten acht Wochen je Reise. Die Anzahl der versicherten Reisen ist nicht begrenzt.

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz des Tarifs Travel+ nicht mit einer Auslandsreise-Krankenversicherung der Barmenia² für einzelne Reisen verlängert werden kann. Der Versicherungsschutz einer anderen Reise-Krankenversicherung der Barmenia kann nicht mit dem Tarif Travel+ verlängert werden.

Versicherungsschutz besteht für folgende Reisen:

- Sie übernachten mehr als ein Mal außerhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes.
- Oder Sie reisen an einen mindestens 100 km vom Wohnort entfernten Ort. Treten Sie die Reise vom Arbeitsort aus an, muss der Zielort mindestens 100 km vom Arbeitsort entfernt sein.

Wann liegt der Versicherungsfall vor?

(4) Der → Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des → Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als → Versicherungsfall gelten auch

- a) notwendige ärztliche Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt sowie ein unvorhersehbarer medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch,
- b) Todesfälle (Überführung bzw. Bestattung am Sterbeort).

Wie sind Beginn und Ende des Versicherungsfalls geregelt?

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

Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem → Versicherungsschein,
- späteren schriftlichen Vereinbarungen,
- diesen Versicherungsbedingungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Was gilt, wenn Sie Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?

(6) Verlegen Sie Ihren → gewöhnlichen Aufenthalt in einen der folgenden Staaten, setzt sich die Versicherung fort:

- einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU)
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)
- die Schweiz

Beachten Sie bitte:

Sie haben während Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in einem dieser Staaten keinen Versicherungsschutz. Zudem haben Sie auch in Deutschland keinen Versicherungsschutz (mit Ausnahme der in § 5 beschriebenen Leistungen).

² Gemeint sind die Barmenia Versicherungen a. G. und die Barmenia Krankenversicherung AG.

Beispiel:

Sie verlegen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Österreich. In diesem Fall besteht in Österreich kein Versicherungsschutz. Wenn Sie von Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich z. B. in die Karibik fliegen, haben Sie Versicherungsschutz für die im Ausland versicherten Leistungen (vergleiche § 4).

Reisen Sie von Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich nach Deutschland, besteht Versicherungsschutz gemäß § 5 (Krankenhaus-Tagegeld bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland, Transportkosten für die Verlegung in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz innerhalb Deutschlands und Überführung innerhalb Deutschlands).

§ 2 Wie sind Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages geregelt?

- (1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in Deutschland online abgeschlossen werden. Er kommt zu Stande, sobald Sie Ihren Versicherungsschein erhalten haben.
- (2) Der Versicherungsvertrag gilt für ein → Versicherungsjahr. Er verlängert sich automatisch jeweils um ein weiteres → Versicherungsjahr, wenn er nicht rechtzeitig von Ihnen oder von uns gekündigt wird (vergleiche § 17 Abs. 1).

Das erste → Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn.

Die Anzahl der versicherten Reisen während der → Versicherungsdauer ist nicht begrenzt.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt an dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn
- Ihre Bank die Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug einlöst und
 - Sie nicht widersprechen.

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch

- nicht vor Abschluss des Vertrages (vergleiche § 2 Abs. 1 Satz 2),
- bei Auslandsreisen nicht vor Grenz-Überschreitung ins Ausland,
- bei Reisen innerhalb Deutschlands nicht vor dem Verlassen der eigenen Wohnung oder des Arbeitsortes.

Wir leisten nicht für bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Versicherungsfälle.

§ 4 Was ist im Ausland versichert und in welcher Höhe?

Sie haben im Ausland Versicherungsschutz bei

- auftretenden Krankheiten oder Unfällen
- notwendiger ärztlicher Untersuchung
- Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

a) Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung **100 %**

Sie erhalten Leistungen für im Ausland entstandene Kosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung. Dies gilt zum Beispiel auch, wenn eine sich ausbreitende Infektionskrankheit (Pandemie) die Heilbehandlungen verursacht.

Wir leisten auch für solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Stand 2012) aufgeführt sind. Das Gleiche gilt für Behandlungsmethoden, die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.

Im Familien-Tarif ist ein im Ausland neugeborenes Kind mitversichert. Im Single-Tarif sind Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind des versicherten Elternteils solange mitversichert, bis Mutter und Kind → transportfähig sind.

100 %
Versichert sind
der folgenden Kosten:

- Leistungen von Ärzten. Sie können unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei wählen.
- Leistungen von Therapeuten, die
 - im Aufenthaltsland zugelassen sind und
 - dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen).
- Arzneimittel und Verbandmittel. Diese müssen von
 - einem Arzt oder
 - o. g. Therapeutenverordnet worden sein.

Zu den Arzneimitteln zählen nicht

 - Nahrungsmittel,
 - Vitaminpräparate,
 - Stärkungsmittel,
 - Mittel zur Potenzsteigerung sowie
 - kosmetische Mittel (zum Beispiel Mittel zur Gewichtsreduzierung und Haarwuchsmittel).
- Heilmittel, und zwar
 - Krankengymnastik,
 - Massagen,
 - Inhalationen sowie
 - Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.Diese müssen von
 - einem Arzt oder
 - o. g. Therapeutenverordnet worden sein.
- Hilfsmittel, die auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden und auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen sind.

Hilfsmittel müssen von

 - einem Arzt oder
 - o. g. Therapeutenverordnet worden sein.

Ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte.
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, MRT).
- Muss eine Behandlung aus medizinischen Gründen stationär erfolgen, haben Sie die freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten öffentlichen oder privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese
 - unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
 - über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
 - Krankengeschichten führen.

Nicht dazu gehören zum Beispiel Kurkliniken.

Während der Behandlung fallen alle medizinisch notwendigen Leistungen unter den Versicherungsschutz. Dazu gehören insbesondere:

- Die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus einschließlich eventueller Mehrkosten für die Nutzung eines Ein- oder Zweibettzimmers.
- Ärztliche Leistungen.
- Weitere landesübliche Gebühren für Krankenhausaufenthalte (zum Beispiel Nutzungsgebühren für Operationssäle).

- Transportkosten zum nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder in ein Krankenhaus, wenn:
 - Eine stationäre Heilbehandlung notwendig ist oder nach Meinung der Ärzte vor Ort notwendig scheint.
 - Oder nach einem Notfall oder Unfall eine ambulante Erstversorgung erfolgen soll.

Ist danach ein Weitertransport medizinisch notwendig (zum Beispiel vom ambulanten Arzt in ein geeignetes Krankenhaus), ist dieser Transport ebenfalls versichert. Für die Rückfahrt zur Unterkunft vor Ort (zum Beispiel ins Hotel) erstatten wir bis zu **100 EUR**.

- Zahnbehandlung in Form von notwendigen einfachen Zahnfüllungen, Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz und provisorischer Zahnersatz. Zudem Reparaturen an vorhandenen, festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen bzw. Materialien (zum Beispiel Brackets).

Wir leisten jedoch nicht für das Anfertigen von neuem Zahnersatz, wie zum Beispiel:

- Kronen
- Brücken
- Prothesen
- Implantate

Außerdem leisten wir nicht für:

- kieferorthopädische Maßnahmen und
- neue kieferorthopädische Apparaturen bzw. Materialien.

b) Wahlrecht bei stationärer Heilbehandlung

30 EUR

Bei einer stationären Heilbehandlung können Sie an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaus-Tagegeldes wählen:

für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung. Bitte reichen Sie in diesem Fall eine Bescheinigung des Krankenhauses ein.

c) Krankenhaus-Tagegeld

15 EUR

für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung zusätzlich zur Kostenerstattung.

d) Rooming-In

Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

An Stelle des Kostenersatzes können Sie ein Krankenhaus-Tagegeld von **15 EUR** für die Dauer der Begleitung wählen. Bitte weisen Sie diese durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nach.

e) Notfallbetreuung von Kindern im Familientarif

100 %

der Kosten für eine Notfallbetreuung von minderjährigen Kindern bzw. Kindern mit geistiger oder körperlicher Behinderung ohne Altersgrenze vor Ort. Ein Notfall liegt in folgenden Fällen vor:

- Die mitreisenden Eltern bzw. Aufsichtspersonen werden vor Ort stationär behandelt, müssen zurück an den ständigen Wohnsitz transportiert werden oder sie sind verstorben.

- Die mitversicherten Kinder können dadurch auf der Reise nicht mehr betreut werden.

Diese Notfall-Betreuungskosten übernehmen wir für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthalts. Im Falle eines Rücktransports der mitreisenden Eltern bzw. Aufsichtspersonen übernehmen wir die Kosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz. Das gleiche gilt im Falle ihres Todes.

Wir erstatten bei einem solchen Notfall auch:

- Die entstandenen zusätzlichen Rückreisekosten der Kinder.
- Die An- und Rückreisekosten von Aufsichtspersonen.

Diese Kosten sind von Ihnen nachzuweisen.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme sind:

- Die Reise kann nicht planmäßig beendet werden.
- Die außerplanmäßige Rückreise der Kinder ist erforderlich, sinnvoll und verhältnismäßig.

f) telemedizinische Leistungen durch Ärzte und andere Leistungserbringer 100 %

der Kosten für telemedizinische Leistungen durch Ärzte und andere Leistungserbringer.

Der Versicherungsfall liegt vor, wenn Sie während einer versicherten Auslandsreise eine telemedizinische Konsultation in Anspruch nehmen, weil Sie gesundheitliche Beschwerden haben oder unklare Symptome bestehen.

Der Kontakt zu einem Arzt oder anderen Leistungserbringer muss über einen von uns genannten Dienstleister erfolgen.

g) Rettung und Bergung 100 %

der Kosten bis zu einem Betrag von 5.000 EUR, wenn Sie wegen eines Unfalls oder einer Krankheit gesucht, gerettet bzw. geborgen werden müssen.

h) Rücktransport 100 %

der Kosten für folgende Rücktransporte:

- Medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie wegen Krankheit oder Unfall an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
- Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Zudem ersetzen wir diese Kosten auch in folgenden Fällen:

- Die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland liegen über den Rücktransportkosten.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage.

500 EUR

pauschal zum Ausgleich weiterer Kosten bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren, durch uns veranlassten Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge.

- | | | | |
|----|-------------------------------------|-------|---|
| i) | Überführung/Bestattung am Sterbeort | 100 % | der Kosten bis zu 10.000 EUR , wenn Sie im Ausland sterben.
Versichert sind die Kosten der Überführung an den Wohnsitz oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort. |
| j) | Telefonate | 100 % | der angefallenen Telefonkosten für Anrufe <ul style="list-style-type: none"> - im Zusammenhang mit telemedizinischen Leistungen (vergleiche Ziffer f), - bei einem unserer Assistancepartner oder - bei uns im Falle eines medizinischen Notfalles. Als Nachweis dient ein Einzelverbindungs nachweis, aus dem die Rufnummern und die entsprechenden Kosten hervorgehen. |

§ 5 Was ist in Deutschland versichert und in welcher Höhe?

Bei einer versicherten Reise in Deutschland besteht Versicherungsschutz für:

- | | | | |
|----|--|--------|---|
| a) | Krankenhaus-Tagegeld | 30 EUR | für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung während einer Reise. |
| b) | Transport an den gewöhnlichen Aufenthalt | 100 % | der Kosten bis zu 600 EUR , wenn Sie in ein Krankenhaus am gewöhnlichen Aufenthaltsort verlegt werden. |

Wir übernehmen die Kosten unter folgenden Voraussetzungen:

- Sie werden in einem mindestens 100 km vom gewöhnlichen Aufenthaltsort entfernt liegenden Krankenhaus behandelt. Oder Sie werden in einem mindestens 100 km vom Arbeitsort entfernt liegenden Krankenhaus behandelt, sofern Sie die Reise von dort aus angetreten haben.
- Das Krankenhaus am gewöhnlichen Aufenthaltsort
 - steht unter ständiger ärztlicher Leitung,
 - verfügt über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und
 - führt Krankengeschichten.

- | | | | |
|----|-------------|-------|---|
| c) | Überführung | 100 % | der Kosten bis zu 600 EUR , wenn Sie in Deutschland sterben.
Versichert sind die Kosten der Überführung an den gewöhnlichen Aufenthaltsort. |
|----|-------------|-------|---|

§ 6 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

(1) Wir leisten nicht:

- | | |
|----|---|
| a) | Für die in den letzten drei Monaten vor Antritt der Reise behandelten Krankheiten und Unfälle, wenn: <ul style="list-style-type: none"> - Sie die Reise antreten, um sich im Ausland behandeln zu lassen. - Bei Reisebeginn Folgendes feststeht: Sie müssen während der Reise, wie Sie sie geplant haben, behandelt werden. |
|----|---|

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn Sie die Reise wegen des Todes Ihres Ehepartners bzw. Ihres eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternehmen mussten.

Bereits vor Beginn der Reise bestehende und behandelte Erkrankungen und Unfallfolgen sind versichert, wenn sich während der Auslandsreise eine Verschlechterung einstellt.

Beispiel:

Es besteht ein chronischer Diabetes, der eine regelmäßige Medikation und Überwachen mittels Messen des Blutzuckers bedarf. Während der Auslandsreise sind die Kosten der Medikation und des regelmäßigen Überwachens des Blutzuckers nicht versichert. Dies gilt auch dann, wenn Sie

- die erforderlichen Medikamente oder Hilfsmittel vergessen oder verlieren und
- diese im Ausland neu besorgen müssen.

Ergibt sich aber eine Verschlechterung (zum Beispiel durch einen "Zuckerschock"), die eine umgehende, notfallmäßige Behandlung zur Folge hat, sind die dadurch entstehenden Kosten mitversichert.

Wir empfehlen Ihnen Folgendes: Bestehen Erkrankungen oder nicht abschließend ausgeheilte Unfallfolgen, lassen Sie sich vor der Reise ein Attest von Ihrem Arzt ausstellen. Daraus sollte Folgendes hervorgehen:

- Gegen die Reise bestehen keine Bedenken.
 - Für die geplante Reisedauer sind keine Behandlungen geplant oder angeraten ("Fit to Travel").
- b) Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an
- Kriegsereignissen,
 - inneren Unruhen oder
 - terroristischen Anschlägen
- verursacht worden sind.
- c) Für → vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- d) Für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- e) Für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung.
- f) Für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen.
Dies gilt nicht für
- provisorischen Zahnersatz (vergleiche § 4a),
 - Reparaturen an vorhandenen, festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen bzw. Materialien (zum Beispiel Brackets, vergleiche § 4a)).
- g) Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
- h) Für Behandlungen durch Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir vertragsgemäß.
- i) Für eine durch Pflege-Bedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Wir können Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Voraussetzung hierfür ist:
Eine Heilbehandlung übersteigt das medizinisch notwendige Maß. Stehen die berechneten Kosten für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

§ 7 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?

Eine Kostenzusage erteilen wir nur unter folgenden Voraussetzungen:

- Sie weisen bei dem Antrag auf Kostenzusagen den Versicherungsschutz nach. Dies ist anhand Ihrer Versicherungsnummer, Ihres Namens und Ihrer Anschrift möglich.
- Sie weisen beim Familien-Tarif nach, dass Ihre Familienangehörigen (vergleiche Vorbemerkung) versichert sind. Dies ist anhand einer Kopie des Personalausweises und ggf. einer Kopie des Schwerbehinderten-Ausweises Ihres Familienangehörigen möglich.

§ 8 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

(1) Wir leisten nur, wenn Sie die Rechnungen und die von uns angeforderten benötigten Nachweise vorgelegt haben. Die Rechnungen können Sie uns am einfachsten mit unserer Rechnungs-App zusenden. Auf unser Verlangen müssen Sie uns die Originale der Rechnungen vorlegen. Die Unterlagen werden unser Eigentum.

(2) Bitte beachten Sie Folgendes:

- Rechnungen müssen den örtlichen gesetzlichen Vorschriften entsprechen.
- Alle Belege müssen den Vor- und Nachnamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten.
- Aus Arztrechnungen müssen zusätzlich die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten hervorgehen.
- Aus Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Maßnahmen beinhalten.
- Bei einer Überführung oder Bestattung muss eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

Diese Angaben sind nicht immer vollständig auf im Ausland erstellten Belegen enthalten. Dies kann in örtlichen Vorschriften oder landestypischen Besonderheiten begründet sein. In diesen Fall prüfen wir, ob wir die Belege trotzdem erstatten können. Bitte machen Sie bei dem Einreichen der Unterlagen einen entsprechenden Vermerk.

Wenn die gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung, eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge (vergleiche § 9 Abs. 2) Leistungen ausgezahlt oder abgelehnt hat, müssen Sie dies nachweisen.

(3) Die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen ergeben sich aus § 14 → VVG (vergleiche Anhang).

An wen zahlen wir die Erstattung für die von Ihnen eingereichten Belege?

(4) Grundsätzlich zahlen wir die Erstattung an Sie als Versicherungsnehmer. Eine Erstattung an eine versicherte Person kann erfolgen, wenn Sie uns diese in → Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben.

Was ist bei ausländischen Rechnungen zu beachten?

(5) In ausländischen Währungen entstandene Kosten rechnen wir zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt:

Der jeweils aktuelle Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main.

Dies gilt nicht, wenn Sie durch Bankbeleg nachweisen, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

(6) Von den Leistungen können Kosten für Überweisungen ins Ausland oder für besondere Überweisungsformen (die wir auf Ihren Wunsch gewählt haben) abgezogen werden.

Dürfen Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 9 Was ist zu beachten, wenn auch noch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?

- (1) Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der → Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren. Das Krankenhaus-Tagegeld nach § 4 b) und c) werden wir unabhängig davon zahlen.
- (2) Besteht auch Anspruch auf gesetzliche Leistungen aus der Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine Heil- oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die deren Leistungen übersteigen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der → Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren. Das Krankenhaus-Tagegeld (nach § 4 b) und c)) werden wir unabhängig davon zahlen.

§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?

- (1) Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle mit der Beendigung der Reise.

Als Beendigung der Reise gilt:

- bei Auslandsreisen das Überschreiten der Grenze zum Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder die Beendigung des Rücktransports (vergleiche § 4 h),
- bei Reisen innerhalb Deutschlands die Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. an den Arbeitsort, wenn Sie die Reise dort begonnen haben.

Darüber hinaus endet der Versicherungsschutz mit Ablauf der → Versicherungsdauer spätestens acht Wochen nach Reisebeginn.

- (2) Der Versicherungsschutz verlängert sich, wenn Sie die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht innerhalb der vereinbarten → Versicherungsdauer antreten können.

Sie haben dann so lange Versicherungsschutz, bis Sie ohne Gefährdung Ihrer Gesundheit zurückreisen können. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Ende des Versicherungsvertrages.

Der Versicherungsschutz verlängert sich entsprechend für:

- Ihren mitreisenden und mitversicherten Ehepartner (auch gleichgeschlechtliche Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz).
- Ihren mitreisenden und mitversicherten Lebenspartner.
- Mitreisende und mitversicherte Kinder (vergleiche Vorbemerkung).

Ihre Pflichten

§ 11 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er beträgt für ein → Versicherungsjahr

a) je Person (für Singles):

Eintrittsalter	EUR
(Jahre)	
18 bis 65*	12,60
ab 66	45,60

* Der Beitrag gilt bis zum Ende des → Versicherungsjahres, in dem Sie 66 Jahre alt werden. Danach gilt der Beitrag für die Altersgruppe ab 66 Jahre.

b) je Familie (vergleiche Vorbemerkung):

Eintrittsalter (Jahre)	EUR
18 bis 65**	25,20
ab 66	90,00

** Der Beitrag gilt bis zum Ende des → Versicherungsjahres, in dem das älteste Familienmitglied 66 Jahre alt wird. Danach gilt der Beitrag für die Altersgruppe ab 66 Jahren.

§ 12 Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?

Wir vergleichen jährlich die kalkulierten mit den tatsächlich erbrachten Versicherungsleistungen und passen die Beiträge an, soweit es erforderlich ist. Die Beitragsanpassung wird zum Beginn des folgenden → Versicherungsjahres wirksam (vergleiche § 2 Abs. 2). Voraussetzung ist, dass Sie die Mitteilung über die Beitragsanpassung wenigstens einen Monat vorher erhalten haben.

§ 13 Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?

- (1) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 8 Abs. 4) haben auf unsere Aufforderung jede Auskunft zu erteilen, die
 - zur Feststellung des Versicherungsfalls oder
 - unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Sie haben sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, sofern wir Sie dazu auffordern.
- (3) Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was eine Genesung erschweren könnte.
- (4) Sie haben Beginn und Ende der Auslandsreise nachzuweisen, sofern wir Sie dazu auffordern.

§ 14 Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen für Sie?

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, können wir die Versicherungsleistung kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Verlust des Anspruchs führen.

Wenn Sie nachweisen, dass Sie nicht → grob fahrlässig gehandelt haben, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von → Vorsatz oder → grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

- Die Verletzung der Obliegenheit war weder für den Eintritt oder die Feststellung des → Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich.

Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit → arglistig verletzt haben.

§ 15 Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegen Dritte haben?

- (1) Wenn Ihnen ein Anspruch auf Ersatz gegen Dritte zusteht, geht dieser Anspruch auf uns über. Und zwar bis zu der Höhe, in der wir den Schaden ersetzen. Der → Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Richtet sich Ihr Anspruch auf Ersatz gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den abgetretenen Anspruch gegen diese Person geltend machen. Dies ist nur möglich, wenn diese Person den Schaden → vorsätzlich verursacht hat.

- (2) Sie müssen Ihren Anspruch auf Ersatz 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) Bei Verletzung der in den Absätzen (1) und (2) genannten Obliegenheiten gilt Folgendes:

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

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten → grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von 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 Verlust des Anspruchs führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine → grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

- (4) 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) Sie können insgesamt eine Entschädigung bis zur Höhe des Gesamtschadens verlangen.

§ 16 Wann können Sie aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur → aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 17 Wann können Sie (oder wir) den Versicherungsvertrag kündigen?

- (1) Sie können den Vertrag ohne eine Frist jeweils zum Ende eines → Versicherungsjahres in → Textform (zum Beispiel per E-Mail) kündigen. Wir können den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des jeweiligen → Versicherungsjahres kündigen.

- (2) a) für Singles:

Sind Sie 66 Jahre alt geworden, gilt ab dem darauf folgenden Versicherungsjahr der Beitrag der Altersgruppe ab 66 Jahren. Sie können das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Beginn dieses Versicherungsjahres kündigen. Voraussetzung ist, dass sich durch Erreichen der Altersgruppe ab 66 Jahren der Beitrag erhöht.

- b) für Familien:

Ist das älteste versicherte Familienmitglied 66 Jahre alt geworden, gilt ab dem darauf folgenden Versicherungsjahr der Beitrag der Altersgruppe ab 66 Jahren. Sie können das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Beginn dieses Versicherungsjahres kündigen. Voraussetzung ist, dass sich durch Erreichen der Altersgruppe ab 66 Jahren der Beitrag erhöht.

- (3) Unabhängig davon gelten die gesetzlichen Vorschriften zum Kündigungsrecht (zum Beispiel zum Zahlungsverzug der Erst- bzw. Folgeprämie).
- (4) Erhöhen wir die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel nach § 12 oder vermindern wir unsere Leistungen nach § 21 Abs. 1, werden wir Sie darüber informieren. Sie können das Versicherungsverhältnis in diesem Fall innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Das Versicherungsverhältnis endet dann zu dem Zeitpunkt, zu dem die Änderung wirksam wird.

§ 18 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

- (1) Der Vertrag endet bei Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dazu müssen sie den zukünftigen Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach ihrem Tod benennen.
- (2) Entfallen für die mitversicherten Personen die in der Vorbemerkung genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit, endet für diese Personen das Versicherungsverhältnis automatisch zum Ende des → Versicherungsjahres. Eine Kündigung ist nicht erforderlich. Über die Beendigung des Versicherungsverhältnisses für die mitversicherten Ehe- bzw. Lebenspartner und Kinder erhalten Sie von uns keine gesonderte Mitteilung. Die mitversicherten Personen haben das Recht, die Versicherung im Single-Tarif fortzusetzen.
- (3) Wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in
 - einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU),
 - einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder
 - die Schweiz
 verlegen, setzt sich die Versicherung fort.

Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat, endet das Versicherungsverhältnis automatisch. Eine Kündigung ist nicht erforderlich. Bitte zeigen Sie uns unverzüglich an, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt haben.

Sonstige Bestimmungen

§ 19 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

→ Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber den Versicherer bedürfen der → Textform.

§ 20 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Sie können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (2) Es ist auch möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.
- (3) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig.

§ 21 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der → Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger → Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des nächsten → Versicherungsjahres (vergleiche § 2 Abs. 2) wirksam, sofern die Mitteilung über die Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie mindestens einen Monat vorher erfolgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch → höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine → unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang

Anhang I:
Auszug aus dem Gesetz über den
Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistungen

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit → vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer → grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer → groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit → arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im → Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruch dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit → vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer → grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer → groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Anhang II:
Erklärung wichtiger Fachbegriffe
(Glossar)

Arglist/arglistig	Arglistig handelt, wer bewusst oder willentlich täuscht. Darüber hinaus kann der arglistig Täuschende sich vorstellen, dass seine Angaben bzw. Nichtangaben auf das Verhalten des Versicherers Einfluss nehmen können.
aufrechnen	Schulden sich zwei Personen gegenseitig eine Geldleistung, können die Forderungen gegeneinander aufgerechnet werden.
fahrlässig	Fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt nicht beachtet.
gewöhnlicher Aufenthalt	Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben Sie an einem Ort oder Gebiet, wo Sie nicht nur vorübergehend verweilen. Damit ist ein von Beginn an zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mehr als sechs Monaten Dauer gemeint. Kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt. Ein Aufenthalt, der zu Besuchs-, Erholungs-, Kur- oder ähnlichen privaten Zwecken erfolgt und nicht länger als ein Jahr dauert, gilt als vorübergehend.
grob fahrlässig	Grob fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt.
höchstrichterliche Entscheidung	Urteile der obersten Instanz, also zum Beispiel ein Urteil des Bundesgerichtshofes.
Rekonvaleszenten	Personen, die sich nach einer entsprechenden Erkrankung im Stadium der Genesung befinden.
schwebender Versicherungsfall	Zum Beispiel in der Auslandsreise-Krankenversicherung liegt dieser dann vor, wenn eine Erkrankung oder ein Unfall eingetreten ist und sich die bzw. der Versicherte noch in einer nicht abgeschlossenen ärztlichen Behandlung befindet.
Textform	Die Textform ist eine gegenüber der Schriftform erleichterte Form der Abgabe von Willenserklärungen oder Anzeigen im Rechtsverkehr (beispielsweise per E-Mail).
transportfähig	Ihr Gesundheitszustand ist so stabil, dass Sie zum Beispiel mit einem Krankenwagen transportiert werden können. Ihre Gesundheit darf durch den Transport allein nicht gefährdet werden.
Treuhänder	Der Treuhänder ist eine vom Gesetz vorgesehene, zuverlässige und vom Versicherungsunternehmen unabhängige Person, die die Interessen der Versicherungsnehmer vertritt.
Übergang (eines Ersatzanspruchs)	Steht Ihnen ein Anspruch auf Ersatz gegenüber einem Dritten zu, geht dieser Anspruch auf uns über. Und zwar in der Höhe, in der wir Ihnen den Schaden ersetzt haben.
Versicherungsfall	Das Eintreten eines Umstandes, der eine Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: Sie werden im Ausland krank.
Versicherungsdauer	Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum von Beginn bis Ende der Versicherung oder eines Teils der Versicherung.
Versicherungsjahr	Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und dauert 12 Monate. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zum Beginn oder Ende des ersten Versicherungsjahres. Beispiel: Beginn der Versicherung ist der 01.02., dann endet das Versicherungsjahr am 31.01. des folgenden Jahres.

Versicherungsnehmer	Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner und quasi der Inhaber der Versicherung. Er schließt den Vertrag ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich hat er alle Rechte am und alle Pflichten aus dem Vertrag.
Versicherungsschein	Eine Urkunde über den Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrages erhalten Sie von uns den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel die versicherten Leistungen, den Beginn und die Dauer der Versicherung. Bitte heben Sie Ihren Versicherungsschein gut auf.
vorsätzlich/Vorsatz	Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ergebnis will, den Eintritt eines Ereignisses für sicher hält oder den Eintritt eines Ergebnisses für möglich hält und ihn billigend in Kauf nimmt.
VVG	Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).
Willenserklärungen	Einseitige Mitteilungen, die einen rechtlichen Charakter haben. Sie zielen auf das Begründen, inhaltliche Änderung oder das Ende des Versicherungsvertrages ab. Ein Beispiel für letzteres ist die Kündigung.
zusätzliche Dienstleistungen	Dabei handelt es sich zum Beispiel um Assistance-Leistungen (beispielsweise durch das Deutsche Rote Kreuz), die mit dem Versicherungsschutz des Tarifs Travel+ zusammenhängen.