



Stand: Januar 2017

# **Auslandsreise-Krankenversicherung. Grundlagen Ihres Krankenversicherungs- vertrages und weitere Informationen.**



**württembergische**

Der Fels in der Brandung.

# Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite
<b>Produktinformationsblatt zum Tarif RK bzw. RKF</b> .....	3
<b>Übersichtsblatt</b> – Verbraucherinformationen auf einen Blick .....	4
<b>Informationsblatt</b> der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht .....	5
<b>Merkblatt</b> zur Datenverarbeitung .....	6
Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK, Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RK) .....	7
Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKF, Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKF) .....	10

# Produktinformationsblatt zum Tarif RK bzw. RKF

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

## 1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Der angebotene Vertrag ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung. Grundlage sind die gesondert vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbedingungen sowie alle weiteren im Antrag genannten Vereinbarungen.

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

Der Ihnen angebotene Tarif bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Leistung erfolgt für im Ausland notwendige ärztliche Behandlungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, schmerzstillende Zahnbehandlungen, stationäre Behandlungen einschließlich notwendiger Operationen sowie Verpflegung im Krankenhaus, Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus für versicherte Kinder bis 12 Jahre, Kinderbetreuung während des Krankenhausaufenthalts der Eltern und medizinisch notwendigen Rücktransport nach Deutschland. Bitte beachten Sie, dass die Aufzählung nicht abschließend ist.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 2 und 5, den Tarifbedingungen, den Tarifen sowie Besonderen Vereinbarungen nach.

## 3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten können zusätzlich entstehen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet bezahlen?

Der Beitrag für den Tarif RK bzw. RKF beträgt:

Eintrittsalter	Tarif RK	Tarif RKF
Bis 70 Jahre	10,20 € (pro Person)	18,70 € (pro Familie)

Ab 71 Jahren erhöht sich der Beitrag für jede versicherte Person in diesem Alter um 14,10 €.

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und gilt für ein Versicherungsjahr. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres zu zahlen. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie von uns in Textform gemahnt, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 9 nach.

Mögliche sonstige Kosten:

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der Rufnummer 00 800 81 82 6000 zur Verfügung. Falls der von Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kostenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711 662 723333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland können die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein.

Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr von 7,00 Euro je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

## 4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Keine Leistungspflicht besteht für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren.

Diese Aufzählung ist **nicht abschließend**.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, etwa eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 6 nach.

## 5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Bitte beantworten Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig.

Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen – auch noch nach längerer Zeit – vom Vertrag zurücktreten.

Das kann sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen.

## 6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sollte sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 10,11 und 12 nach.

## 7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht durch uns und ihres Umfangs erforderlich ist. Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich anzuzeigen und jeder anstehende Rücktransport vorab mit uns abzusprechen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Wir sind mit den in § 28 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 10,11 und 12 nach.

## 8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 4 nach.

## 9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt. Das erste Versicherungsjahr endet, wenn es nicht am 1. eines Monats beginnt, im Folgejahr mit Ablauf des Vormonats des Versicherungsbegins. Die folgenden Versicherungsjahre enden jeweils nach einem Jahr.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter §§ 3, 9 und 13 nach.

**Für weiterhin bestehende offene Fragen stehen Ihnen Ihr Außendienstbetreuer oder die Mitarbeiter der Württembergischen Krankenversicherung gerne zur Verfügung.**



# Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichten- verordnung [VVG-InfoV]): Gültig ab 1. Januar 2016

## 1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG,  
Gutenbergstr. 30, 70176 Stuttgart,  
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

## 2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitglieds- staat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

## 3. Ladungsfähige Anschriften

**Württembergische Krankenversicherung AG,  
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart**

## Vertretungsberechtigte

**Vorstand: Norbert Heinen, Dr. Gerd Sautter**

## 4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

## 5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Mediator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

## 6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

## Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

## 7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag / Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z.B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

## 8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der kostenfreien Rufnummer 00 800 81 82 6000 zur Verfügung. Falls der von Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kostenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711 662 723333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland können die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein.

Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

## 9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

## 10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und im Produktinformationsblatt genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

## 11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

## 12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

## Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

## Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags /Angebots zum Versicherungs- schein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwerisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

## 13. 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:**

**Württembergische Krankenversicherung AG,  
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart,  
E-Mail Adresse: [kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de](mailto:kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de),  
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.  
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende  
Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.**

## Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

## 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.

## 14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflege- tagegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung, die kleine und große Anwartschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche auf Risikobasis sowie für Optionstarife und die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

## 15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis durch

**Sie innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Wirksamwerden der Änderung gekündigt werden. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.**

#### **16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags**

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

#### **17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht**

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

#### **Gerichtsstand**

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vonstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

#### **18. Vertragssprache**

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

#### **19. Außergerichtliche Streitschlichtung**

Wir haben uns verpflichtet, zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler an dem Streitbeilegungsverfahren vor der, vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eingerichteten, Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, teilzunehmen.

Sie haben die Möglichkeit, dieses kostenlose außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. So erreichen Sie den Ombudsmann:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Telefon: 0800 2 55 04 44; Telefax: 030 20 45 89 31. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>.

#### **20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de), Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

## Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Absatz 3 VAG

**In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.**

### **1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### **2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung**

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertrags-

abschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden<sup>1)</sup>. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

<sup>1)</sup> Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

# Merkblatt zur Datenverarbeitung: Gültig ab 1. Januar 2016

## Hinweis

Nachstehend erhalten Sie wichtige Informationen zum Umgang mit Ihren Daten.

## Datenschutzkodex – Code of Conduct

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten regelt das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Um den Schutz Ihrer Daten weiter zu verbessern, hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) gemeinsam mit Daten- und Verbraucherschützern Verhaltensregeln für die Datenverarbeitung in der Versicherungsbranche, den Datenschutzkodex „Code of Conduct“ (CoC), entwickelt. Diese Verhaltensregeln konkretisieren und erweitern die gesetzlichen Vorgaben zur Förderung des Datenschutzes. Sie wurden vom Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit genehmigt. Wir haben uns zum 01.01.2014 freiwillig verpflichtet, die Regeln des CoC zum verbesserten Datenschutz einzuhalten.

Wir möchten Ihnen mit diesem Merkblatt wesentliche Aspekte des CoC vorstellen. Den vollständigen Text des CoC finden Sie hier: [www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz)

## Zweckgebundenheit der Datenverarbeitung

Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten (im Folgenden „Datenverarbeitung“) erfolgt grundsätzlich zweckgebunden an die Erfordernisse des Versicherungsgeschäfts: Zur Beratung, Antragsbearbeitung, Vertragsdurchführung und zur Bearbeitung von Leistungsfällen. Die Datenverarbeitung erfolgt auch zur Missbrauchsbekämpfung im Interesse der Versicherungsgemeinschaft und zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Letztere erfordern auch die Datenverarbeitung über das Ende des Vertragsverhältnisses hinaus, z. B. aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten. Die Datenverarbeitung erfolgt nur dann zu Zwecken der Werbung, wenn Sie hierzu eingewilligt haben. Diese Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Auch der Verwendung Ihrer Daten zur Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Verantwortliche Stelle im Sinne des BDSG ist der im Versicherungsschein genannte Versicherer.

## Besonders schützenswerte Daten

Für besonders schützenswerte Daten erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

## Datenqualität und Datensicherheit

Durch organisatorische und technische Maßnahmen sichern wir eine hohe Datenqualität. Unser Verzeichnisse und eine Übersicht der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinschaftlichen Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie unter [www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz) einsehen.

## Erhebung personenbezogener Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

## Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe der Wüstenrot & Württembergische AG

Unsere rechtlich selbstständigen Unternehmen arbeiten in der Unternehmensgruppe bei nicht vertragsspezifischen Aufgaben zusammen. So können wir Ihnen umfassenden, hochwertigen und zugleich kostengünstigen Service bieten: Bei Umzügen oder einer neuen Bankverbindung ändern wir Ihre Daten schnell und zuverlässig. Bei telefonischen Anfragen können wir Ihnen sofort die zuständige Stelle nennen. Ihre Post kann richtig zugeordnet werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die Bereiche der Zusammenarbeit umfassen insbesondere Vertrieb, Inkasso-, Kredit- und Mahnabteilung, sowie Betrieb und Weiterentwicklung der IT-Systeme.

Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden Ihre Stammdaten verarbeitet. Zu diesen Stammdaten zählen u. a. Name, Geburtsdatum und -Ort, Kontaktdaten, Bankverbindung, Werbeeinwilligung und Widerspruch, die Nummern Ihrer Verträge. Für einen Antrag, Vertrag oder Leistungsanspruch spezifische Daten sind dagegen nur von dem Unternehmen der Gruppe einsehbar, mit dem Sie eine Vertragsbeziehung haben. Die Nutzung Ihrer Stammdaten zur aktiven und umfassenden Beratung setzt Ihre ausdrückliche Zustimmung voraus.

## Datenübermittlung an Ihren Vermittler

Ihr Vermittler betreut Sie in allen Versicherungsangelegenheiten. Mit Ihrer Einwilligung berät er Sie außerdem über das weitere Dienstleistungsangebot unserer Unternehmensgruppe und Kooperationspartner.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen übernehmen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- oder Immobiliengesellschaften die Aufgaben des Vermittlers.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Sie zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen, so regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

Wir teilen dem Vermittler die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, z. B. Versicherungsscheinnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der

Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben unserer Kooperationspartner zu finanziellen Dienstleistungen.

## Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz haben Sie bzw. der Versicherte bei Antragstellung, bei Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen, die beantragt, bestehen, abgelehnt oder gekündigt wurden. Um Lücken bei den Angaben zu schließen, Widersprüche aufzuklären und Versicherungsmisbrauch zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (z. B. Versicherungsverwechsel, Mitversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

## Datenübermittlung an Rückversicherer

In Ihrem Interesse werden wir stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls versicherungstechnische Angaben von uns. Hierzu gehören u. a. Versicherungsscheinnummer, Beitrag, Angaben zum Risiko und im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

## Datenübermittlung an und Nutzung von zentralen Hinweissystemen (HIS)

Zweck einer Versicherung ist die Risikoverteilung vom Einzelnen auf die Versicherungsgemeinschaft. Der Schaden eines einzelnen Versicherungskunden wird über die Beiträge aller Kunden in der Versicherungsgemeinschaft getragen. Jeder Versicherungskunde muss sich deshalb darauf verlassen können, dass Risiken angemessen tarifiert werden und dass erhobene Leistungsansprüche sorgfältig geprüft werden.

Um Schaden von der Versicherungsgemeinschaft durch versehentlich oder absichtlich fehlerhafte Angaben bei Anträgen und erhobenen Leistungsansprüchen abzuwenden nutzen wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – zentrale Hinweissysteme der deutschen Versicherungswirtschaft.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im CoC sowie im Internet unter: [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)

Die Nutzung der Systeme erfolgt ausschließlich hinweisgebend zur Prüfung von Anträgen und erhobenen Leistungsansprüchen mit der im Interesse der Versicherungsgemeinschaft gebotenen Sorgfalt.

## Datenschutz bei Scoring- und Bonitätsdaten

Der CoC verweist für den Umgang mit Scoring- und Bonitätsdaten auf die gesetzlichen Regelungen. Wir möchten Ihnen auch hier besondere Transparenz über unsere Datenverarbeitung bieten.

Im Interesse der Versicherungsgemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr künftiges Zahlungsverhalten (Scoring).

Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter [www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz) entnehmen.

## Datenübermittlung an Auftragnehmer und Dienstleister

Zur Erfüllung unserer Aufgaben nutzen wir die Dienstleistungen weiterer Unternehmen. Dabei übermitteln wir personenbezogene Daten nur im erforderlichen Umfang. Zum Beispiel übermitteln wir Adressdaten an Werkstätten oder Informationen zu einer versicherten Sache oder versicherten Person an Gutachter. Ebenso übermitteln wir bedarfsspezifisch personenbezogene Daten insbesondere an Schadenregulierer, Rechtsberatungen, Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser. Eine Liste können Sie unter [www.wuerttembergische.de/datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/datenschutz) einsehen.

Wir wählen diese Unternehmen mit der gebotenen Sorgfalt aus und verpflichten sie vertraglich zur Einhaltung von Datenschutzstandards, die den Regeln des CoC entsprechen. Die Übermittlung besonders schützenswerter Daten, etwa Gesundheitsdaten, erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

## Anspruch auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Berichtigung.

Wir nehmen erforderliche Änderungen zeitnah vor, sobald wir Kenntnis über den Korrekturbedarf Ihrer Daten haben.

Sie haben außerdem ein Recht auf Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten, wenn deren Verarbeitung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Falls ein besonderes Interesse am Schutz Ihrer personenbezogenen Daten besteht, können Sie der Übermittlung an weitere Unternehmen widersprechen.

Entsprechende Anfragen richten Sie bitte schriftlich an unsere zuständige Stelle:

Wüstenrot & Württembergische AG  
Datenschutzbeauftragter  
70163 Stuttgart



# Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RK): Gültig ab 1. Januar 2017

### § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Bundesrepublik Deutschland) wohnenden Personen.

### § 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und der Tod.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, tritt insoweit ein neuer Versicherungsfall ein.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

### § 3 Dauer des Versicherungsverhältnisses; Kündigung

(1) Das Versicherungsverhältnis wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Das erste Versicherungsjahr endet, wenn es nicht am 1. eines Monats beginnt, im Folgejahr mit Ablauf des Vormonats des Versicherungsbeginns. In diesem Fall wird der Jahresbeitrag nur zeitanteilig erhoben. Die folgenden Versicherungsjahre enden jeweils nach einem Jahr.

### § 4 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 6 Wochen hinaus endet der Versicherungsschutz mit dem Ablauf der 6. Woche des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, bleibt der Versicherungsschutz nur bei ungekündigtem Vertragsverhältnis bestehen (vgl. § 3 Abs. 1).

(3) Für Neugeborene, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes zur Welt kommen, besteht ab Geburt Versicherungsschutz, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eine Nachmeldung bei dem Versicherer eingeht.

(4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(5) Muss der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Ablaufes des Versicherungsschutzes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

### § 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus dem im Aufenthaltsland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhäuser anerkannt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die im Aufenthaltsland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(5) Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für:

- a) ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulante Operationen, Assistenz und Narkose sowie Röntgendiagnostik),
  - b) Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt oder Zahnarzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badesubstanzen, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
  - c) medizinisch notwendige Aufwendungen für Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese infolge einer Krankheit oder eines Unfalls erstmals erforderlich werden und der direkten Behandlung der Krankheits- oder Unfallfolgen dienen, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten,
  - d) stationäre Behandlung einschließlich Operationen, Operationsnebenkosten, Röntgendiagnostik sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus,
  - e) medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung, sofern ein Notfall vorliegt,
  - f) medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
  - g) Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein versichertes Kind bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres stationär behandelt werden muss.
  - h) Kinderbetreuung mitreisender versicherter minderjähriger Kinder, wenn die versicherten Personen durch einen medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder Tod daran gehindert sind, die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen und eine andere Person zur Kinderbetreuung nicht zur Verfügung steht. Die Kosten übernehmen wir für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Kindes.
  - i) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung und damit in Verbindung stehende notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz und Prothesen, einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Aufwendungen werden auch ersetzt, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbearbeitung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen,
  - k) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes vom Sterbeort an deren letzten ständigen Wohnort. Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.
- (6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

### § 6 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für alle nicht in § 5 als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für:
- a) Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren,
  - b) Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde,
  - c) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Entbindung. Diese Einschränkung gilt nicht für Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten und notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche (vgl. § 2 Abs. 2). Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 38. Schwangerschaftswoche geboren wird.
  - d) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z.B. durch Reise- warnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind,

- e) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
  - f) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose,
  - g) Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Pflegepersonal sowie für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung,
  - h) Neuanfertigung von Zahnersatz (z.B. Kronen, Inlays, Onlays, Brücken, Prothesen), Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen,
  - i) sonstige Hilfsmittel, soweit nicht nach § 5 Abs. 5 c) geleistet wird,
  - j) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
  - k) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet,
  - l) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften bzw. -zweitschriften mit Leistungs- oder Ablehnungsvermerk vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Alle Belege müssen Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Nachweisen muss hervor gehen, in welchem Land die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Aufwendungen berechnet wurden.
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Der Versicherer überweist die Versicherungsleistungen dem Versicherungsnehmer oder dem Empfangsberechtigten (vgl. Abs. 4) kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Bei

Überweisung in das Ausland werden die Kosten der Überweisung von den Versicherungsleistungen abgezogen.

- (6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

## § 8 Abtretung und Aufrechnung

- (1) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist.

## § 9 Beiträge; Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und gilt für ein Versicherungsjahr (vgl. § 3 Abs. 2). Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn zu zahlen. Der jeweilige Folgebeitrag ist zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres zu zahlen.
- (2) Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn sie bei Fälligkeit unverzüglich erfolgt und bei der vom Versicherer angegebenen Stelle eingeht. Bei Lastschriftverfahren ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit vom Versicherer eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform mahnt, so ist er

zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

- (4) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Festsetzung des Beitrages richtet sich nach dem Alter der zu versichernden Person. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.

- (5) Der Beitrag wird für die Altersgruppe 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet. Bis zum Alter 70 Jahre ist der Beitrag der Altersgruppe 0-70 Jahre zu entrichten. Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten. Der zwischen diesem Zeitpunkt und dem Beginn des nächsten Versicherungsjahres erhöhte Beitrag wird für den Rest des laufenden Versicherungsjahres zeitanteilig zu Beginn des Kalenderjahres erhoben.

- (6) Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

- (7) Erhöht sich der Beitrag für eine versicherte Person durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters (Abs. 5), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, § 205 Abs. 3 VVG (siehe Anhang).

- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

## § 10 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise geltend gemacht werden, Beginn und Ende der Reise sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

- (3) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versicherer auf dessen Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten einzuholen und diese gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die vom Versicherungsfall betroffene Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

- (6) Jede Krankenhausbehandlung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und ein anstehender Rücktransport vor seiner Durchführung mit dem Versicherer abzusprechen.

## § 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Wird eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 12 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 13 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

- (1) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet das Versicherungsverhältnis. Bei Wegzug einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.



(2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(3) Stirbt der Versicherungsnehmer oder kündigt er das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die betroffenen versicherten Personen nach Maßgabe des § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod oder der Kündigung des Versicherungsnehmers abzugeben.

#### **§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

#### **§ 15 Gerichtsstände**

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) Im Übrigen gelten § 215 VVG (siehe Anhang) und die Vorschriften der Zivilprozessordnung (ZPO).

#### **§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen; Beitragserhöhung**

Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge, auch für den Bestand, zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres zu ändern. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

## Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKF Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKF): Gültig ab 1. Januar 2017

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK (AVB RK) mit folgenden Abänderungen:**

#### **1. Zusätzlich zu § 2 AVB RK gilt:**

Sofern im Antrag/Versicherungsschein namentlich als versicherte Person aufgeführt, besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer sowie dessen Familienangehörige.

Als Familienangehörige gelten der Ehepartner des Versicherungsnehmers, der Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) bzw. der laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebenspartner und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wurde.

Nach Vertragsschluss hinzu kommende Familienangehörige sind erst ab dem Zeitpunkt versichert, in dem eine Nachmeldung bei dem Versicherer in Textform eingegangen ist.

#### **2. Abweichend von § 9 AVB RK gilt:**

Der monatliche Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet.

Der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich Familienangehöriger wird unabhängig von der Anzahl der Familienangehörigen einheitlich berechnet, sofern der Versicherungsnehmer das Eintrittsalter von 70 Jahren nicht überschreitet.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr für jede versicherte Person vollendet wird, ist für die versicherte Person der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

# Anhang

## Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

### § 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(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 Betrags 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.

### § 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

### § 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 Beträge 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 Anspruchs 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.

### § 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

### § 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

### § 215 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

(2) § 33 Absatz 2 der Zivilprozessordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.

(3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.