

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Familie (R33)

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

Teil A - Leistungen

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

	Seite
1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang..	1
1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz	1
1.2 Versicherungsschutz für Heilbehandlung, Krankentransporte und Rücktransporte.....	2
1.3 Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung.....	3
1.4 Unsere Serviceleistungen und Ersatz von Aufwendungen für Telefonate	3
2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.....	3
3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger.....	4

Teil B - Ihre Pflichten

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

	Seite
1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung und geänderter Beitrag nach dem 70. Geburtstag.....	5
2. Obliegenheiten	5
3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns....	5

Teil C - Allgemeine Regelungen

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

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes.....	7
2. Abschluss und Ende des Vertrags	7
3. Deutsches Recht und Vertragssprache	7
4. Zuständiges Gericht	7
5. Verjährung	7
6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	7

Teil A - Leistungen

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

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

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

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

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

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

1.1.2 Welche persönlichen Eigenschaften sind Voraussetzung für den Versicherungsschutz?

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

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

(2) Erforderliche Eigenschaften während der Dauer der Versicherung

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

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

(3) Kein Versicherungsschutz bei Fehlen der erforderlichen Eigenschaft

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

1.1.3 Wie lange besteht der Versicherungsschutz?

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

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

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

Ablauf der achten Woche der Auslandsreise endet der Versicherungsschutz - auch für schwebende Versicherungsfälle -

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

(2) Verlängerte Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland

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

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

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

Wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt

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

als Deutschland verlegt, bleibt die Versicherung bestehen.

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

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

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

1.1.5 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

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

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

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

1.1.6 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

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

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

(2) Nachweis für ersatzweises Krankenhaustagegeld

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

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

1.1.7 An wen können wir die Leistung erbringen?

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

1.1.8 Was gilt für Überweisungskosten?

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

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

1.2 Versicherungsschutz für Heilbehandlung, Krankentransporte und Rücktransporte

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

1.2.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

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

(2) Auswahl von Krankenhäusern

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

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

1.2.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

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

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen

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

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

(2) Aufwendungen für Krankentransporte

a) Aufwendungen für den Transport zur Erstversorgung

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

b) Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

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

c) Aufwendungen für den Transport zur Unterkunft der versicherten Person

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

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

(3) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

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

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

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

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

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

Dies setzt voraus, dass sie von einem in eigener Praxis tätigen Arzt oder - bei ärztlicher Verordnung - von einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten erbracht werden.

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

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

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

(1) Aufwendungen für Arzt- und Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

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

(2) Aufwendungen für Krankentransporte

a) Aufwendungen für den Transport zur Erstversorgung

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

b) Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

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

c) Aufwendungen für den Transport zur Unterkunft der versicherten Person

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

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

(3) Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld

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

1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

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

1.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

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

- an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
 - in das von dort nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus,
- einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person, wenn für die Begleitperson als versicherte Person bei uns zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht.

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

1.3 Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung

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

Welche Aufwendungen für eine Überführung oder Bestattung ersetzen wir?

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

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwen-

dungen bis zur Höhe von 10.000 Euro. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

1.4 Unsere Serviceleistungen und Ersatz von Aufwendungen für Telefonate

1.4.1 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von Kliniken im Ausland
- Dolmetscher-Service
Wenn für die versicherte Person eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig wird, setzen wir uns mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzen für die versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Betreuung
Wir stellen über einen von uns beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgen wir für die Übermittlung von Informationen zwischen diesen beteiligten Ärzten. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Information der Angehörigen der versicherten Person
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung
Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie bis zu 10.000 Euro ab und übernehmen im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten.
- Versand von Medikamenten und Blutkonserven
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

1.4.2 Welche Aufwendungen für Telefonate ersetzen wir?

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

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

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) bei Reisen in Deutschland.

b) bei Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren.

c) bei Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Auslandsreise wegen des Todes ihres Ehegatten oder ihres Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.

d) bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch - aufgrund von Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes von Deutschland - vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

e) bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

f) bei Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten ersetzen wir tarifgemäß.

g) bei Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

h) bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.

i) bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

j) bei Rehabilitationsmaßnahmen.

k) bei psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen.

l) für Sehhilfen und Hörgeräte.

m) für

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

n) für kieferorthopädische Behandlungen.

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

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

3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

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

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

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

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die versicherte Person im Versicherungsfall

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

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

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

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

Teil B - Ihre Pflichten

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

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

1.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, den wir mit Ihnen für den Beginn der Versicherung vereinbart haben (Versicherungsbeginn).

b) Folgebeiträge

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

(2) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn

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

(3) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

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

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

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

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

(2) Unser Rücktrittsrecht

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

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

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

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

(1) Anderer Beitrag ab dem 70. Geburtstag

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

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

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

(2) Angaben in der Beitragsübersicht

Die Höhe des Beitrags können Sie dem Anhang "Beitragsübersicht" entnehmen.

2. Obliegenheiten

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

(1) Erteilung von Auskünften

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

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

(2) Ärztliche Untersuchung

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

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

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

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

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

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

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

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

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

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

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

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben,

können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

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

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

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

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

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

(5) Ansprüche der versicherten Person

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

Teil C - Allgemeine Regelungen

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

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor

- Abschluss des Vertrags
- und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

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

2. Abschluss und Ende des Vertrags

Wie kommt der Vertrag zustande und wann endet er?

(1) Vertragsabschluss

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

(2) Vertragsdauer

Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr (Versicherungsjahr). Das Versicherungsjahr beginnt mit dem als Versicherungsbeginn vereinbarten Datum.

(3) Stillschweigende Verlängerung

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

(4) Ordentliche Kündigung

Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

3. Deutsches Recht und Vertragssprache

Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag?

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

4. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

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

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

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

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

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

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

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

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

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

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

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

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

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

5. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

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

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Anhang: Beitragsübersicht

Beitrag für die Reise-Krankenversicherung Familie (R33)

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