INTER Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreisekrankenversicherung

Tarif ReiseAV F

Stand: 01.01.2018

§ 1

Gegenstand der Auslandsreiseversicherung

(1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) bietet bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Versicherungsschutz für akut auftretende Krankheiten, Unfälle und sonstige Leistungen gemäß nachfolgender Bestimmungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer im Ausland akut auftretenden Krankheit oder eines Unfalls.

Als Versicherungsfälle gelten auch:

a) Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche

b) Fehlgeburt

c) Tod der versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund die Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes.

(3) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und der Länder, in denen die versicherten Personen einen gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Dies sind die Länder, in denen die versicherten Personen entweder

- mit einem Wohnsitz gemeldet sind oder
- sich innerhalb von 12 Monaten länger als 6 Monate aufhalten. Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

§ 2

Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt bei Abschluss des Versicherungsschutzes in der Bundesrepublik Deutschland liegt.

Als Familie sind die folgenden Personen, die in häuslicher Gemeinschaft leben, versicherungsfähig:

- der Versicherungsnehmer,
- dessen Ehegatte, Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz oder Lebensgefährte und
- deren unverheiratete Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
  Als Kinder gelten z.B. auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder.

Bei Abschluss des Vertrags sind alle Personen mit Namen und Geburtsdatum anzugeben. Weitere hinzukommende versicherungsfähige Personen sind spätestens vor Reiseantritt zu melden.

§ 3

Abschluss und Ende der Auslandsreisekrankenversicherung

(1) Die Auslandsreisekrankenversicherung ist eine Krankenversicherung gegen festen Beitrag nach den Bestimmungen der Satzung der INTER und kann nur online abgeschlossen werden.

(2) Der Vertrag muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen werden und kommt mit Zugang der Vertragsabschlusserklärung bei der INTER zustande. Nur die im Antrag angegebenen Personen sind versichert. Sollen zu einem späteren Zeitpunkt weitere Personen mitversichert werden, kann dies in Textform oder telefonisch beantragt werden.

(3) Die Auslandsreisekrankenversicherung besteht ab Versicherungsbeginn bis zum 31.12. des Folgejahres (Mindestlaufzeit) und verlängert sich stillschweigend auf unbestimmte Zeit, sofern sie nicht gekündigt wird.

(4) Die Auslandsreisekrankenversicherung kann zum Ablauf der Mindestlaufzeit und danach zum Ende ei-

nes jeden Kalenderjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform durch den Versicherungsnehmer oder die INTER gekündigt werden.

(5) Die Auslandsreisekrankenversicherung endet bezüglich der versicherten Person zu dem Zeitpunkt, ab dem für diese kein gewöhnlicher Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland bzw. innerhalb des Gebiets der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Vertragsstaaten) oder der Schweiz mehr besteht.

(6) Die Auslandsreisekrankenversicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten ab dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(7) Mit dem Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 4

Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Tarif ReiseAV F bietet Versicherungsschutz für alle in der Versicherungsbestätigung aufgeführten Personen. Der Versicherungsschutz besteht ab dem in der Versicherungsbestätigung vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Erstbeitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Als Zahlung des Erstbeitrags gilt der Eingang des Onlineantrages bzw. der vollständig ausgefüllten Vertragsabschlusserklärung (einschließlich Einzugsermächtigung), sofern die Lastschrift eingelöst werden kann und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(2) Hinzukommende versicherungsfähige Personen erhalten Versicherungsschutz, sofern sie vor Reiseantritt der INTER in Textform oder telefonisch mitgeteilt worden sind.

(3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. der Vertragsänderung angetreten wurden.

(4) Die INTER leistet für einen im Ausland eintretenden Versicherungsfall. Der Versicherungsschutz erstreckt sich für den einzelnen Auslandsaufenthalt auf eine Höchstdauer von 56 Tagen ab Beginn des Auslandsaufenthalts.

§ 5

Leistungsumfang

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

(2) Bei medizinisch notweniger stationärer Heilbehandlung ist von der versicherten Person ein geeignetes und im Aufenthaltsland allgemein anerkanntes und zugelassenes Krankenhaus aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Patientenakten führt.

(3) Die INTER leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die INTER kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(4) Die INTER erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige und angemessene Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

a) Ambulante Heilbehandlung

- Leistungen von Ärzten
- Leistungen von Heilpraktikern, Chirotherapeuten und Osteopathen
- Psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte / Psychotherapeuten nach traumatisierenden Ereignissen
- Arznei- und Verbandmittel; diese müssen von den oben genannten Leistungserbringern verordnet werden und aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden
- Heilmittel (Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalisch-medizinische Behandlung); diese müssen von den oben genannten Leistungserbringern verordnet werden
- Hilfsmittel in einfacher Ausführung zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung für die Dauer der versicherten Reise. Erstattet wird die Mietgebühr dieser Hilfsmittel. Falls eine Miete nicht möglich ist, wird der Kaufpreis erstattet. Ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte.

- notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Unfall (am Unfalltag)

b) Stationäre Heilbehandlung

- Leistungen von Ärzten
- Krankenhausleistungen (einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung)
- Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus, auch bei medizinisch notwendiger Verlegung

Alternativ zur Kostenerstattung für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR pro Tag gewählt werden.

c) Zahnärztliche Behandlung

- schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung
- zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz sowie Provisorien
- Aufwendungen für Reparaturen (in einfacher Ausfertigung) an festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsapparaturen (Multiband- bzw. Multibracket-Apparatur)

Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen oder kieferorthopädischen Apparaturen.

d) Sonstige Leistungen

Personenbergung:

Erkrankt eine versicherte Person im Ausland oder verletzt sie sich und muss deshalb von einem Rettungsdienst gesucht, gerettet oder geborgen werden, sind die Kosten der Bergung dieser Person bis 10.000 EUR erstattungsfähig.

Krankenrücktransport:

Erstattungsfähig sind die Kosten für den Rücktransport, wenn

- die Behandlung im Aufenthaltsland nicht nach den in Deutschland üblichen medizinischen Standards erfolgen kann oder
- die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde oder
- der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist und die Kosten für die weitere Heilbehandlung im Aufenthaltsland die Kosten für den Rücktransport übersteigen würden.

Der Rücktransport kann an einen gewünschten Ort in Deutschland erfolgen. Sofern in einem EWR-Vertragsstaat oder der Schweiz ein gewöhnlicher Aufenthalt besteht, kann der Rücktransport auch an einen gewünschten Ort in diesem Land erfolgen.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für den Rücktransport einer Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich oder behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Wird der Rücktransport vom medizinischen Dienst im Auftrag der INTER (Tel. 0621 427 427) organisiert, sind die entstehenden Kosten in voller Höhe erstattungsfähig. Anderenfalls sind die erstattungsfähigen Kosten auf 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland begrenzt.

Heilbehandlung von Neugeborenen:

Erstattungsfähig sind nach einer Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes, sofern die Mutter in diesem Tarif versichert ist und für das Kind kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Ist kein Elternteil seit mehr als drei Monaten zum Zeitpunkt der Frühgeburt nach Tarif ReiseAV F versichert, sind die erstattungsfähigen Kosten auf 50.000 EUR begrenzt.

Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus:

Erstattungsfähig sind die Kosten für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus während einer stationären Heilbehandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes bis zum vollendeten 13. Lebensjahr.

Notfallbetreuung von minderjährigen Kindern:

Die INTER erstattet die vor Ort anfallenden Kosten der Notfallbetreuung für nach diesem Tarif versicherte Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Ein Notfall liegt vor, wenn alle mitreisenden Betreuungspersonen stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstorben sind und infolgedessen keine Betreuung gewährleistet werden kann.

Die INTER erstattet bei einem Notfall auch zusätzliche Rückreisekosten der Kinder in das Land des gewöhnlichen Aufenthaltes. Voraussetzung ist, dass die außerplanmäßige Rückreise erforderlich und verhältnismäßig ist.

Todesfall im Ausland:

Stirbt eine versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes, sind die Kosten für ihre Überführung nach Deutschland, die Schweiz oder in den EWR-Vertragsstaat, in dem sie ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt hatte, erstattungsfähig.

Wird die verstorbene Person nicht überführt, sind die Bestattungskosten vor Ort bis zur Höhe der Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Überführung an ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt entstanden wären. Zusätzlich übernimmt

die INTER die An- und Rückreisekosten (bei Flügen: Economy-Class) für einen Angehörigen zur Trauerfeier.

Telefonkosten:

Die INTER erstattet nachgewiesene Telefonkosten für Anrufe aus dem Ausland bei unserem Assistance-Leister oder der INTER im Versicherungsfall bis zu einer Höhe von 30 EUR.

Serviceleistungen:

Vor der Auslandsreise werden auf Wunsch Informationen über vorgeschriebene und empfohlene Schutzimpfungen im Reiseland gegeben.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles werden folgende Serviceleistungen erbracht:

- Telefonischer 24-Stunden-Service durch den medizinischen Dienst der INTER.
- Medizinische Beratung und Unterstützung (z.B. Organisation einer medizinisch notwendigen Versorgung, Benennung von Kliniken im Ausland).
- Direktabrechnung mit dem Krankenhaus von stationären Kosten, die unter den Versicherungsschutz fallen, sofern dies vor Ort möglich ist.
- Organisation eines Rücktransportes, einer Überführung aus dem Ausland sowie von Such-, Bergungs- und Rettungsmaßnahme einer erkrankten oder verletzten Person.

(5) Die erstattungsfähigen Kosten werden zu 100 % ersetzt.

§ 6

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;

b) für Behandlungen, von denen aufgrund ärztlicher Diagnose bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

c) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, sofern

- bei der Einreise der versicherten Person bereits eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder
- eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde und die versicherte Person - ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein - das betroffene Gebiet nicht verlassen hat.

Terroristische Anschläge und deren Folgen gelten nicht als Kriegsereignisse;

d) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;

e) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;

f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen außer in den Fällen von § 1 Abs. 2;

g) für ambulante Psychoanalyse sowie für Hypnose;

h) für Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlichen Anomalien;

i) für zusätzliches Pflegepersonal, für ärztliche Gutachten und Atteste;

j) für Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel;

k) für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung;

l) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

m) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

n) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

o) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Erstattungsleistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die INTER ihre Erstattungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Entgelte für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Erstattungsleistungen vereinbart sind, dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistun-

gen, ist die INTER berechtigt, die Erstattungsleistungen auf einen angemessenen Betrag zu reduzieren. Dabei werden die Verhältnisse im Aufenthaltsland zugrunde gelegt.

§ 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden Eigentum der INTER.

(2) Die Kostenbelege sind im Original einzureichen. Wurden die Kostenbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, genügen Zweitschriften der Belege, wenn darauf der andere Versicherer die Leistung vermerkt hat.

(3) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Stempel (Quittungsvermerk) der Abgabestelle deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen müssen aus den Belegen die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Behandlungen hervorgehen.

(4) Der Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Beerdigungskosten ist durch Kostenbelege und eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung des Todes zu belegen.

(5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).

(6) Die INTER ist verpflichtet, an eine versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(7) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.

Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Tageskurs (Eingang bei INTER) gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie bei Einreichung der Belege die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(8) Sofern dies vor Ort möglich ist, können Kosten stationärer Behandlungen, die unter den Versicherungsschutz fallen, direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet werden.

(9) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8

Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

a) mit der Beendigung eines Auslandsaufenthaltes;

b) mit der Beendigung eines Krankenrücktransportes;

c) spätestens 56 Tage nach Beginn des jeweiligen Auslandsaufenthaltes;

d) immer mit Beendigung der Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ReiseAV F.

(2) Für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die am 57. Reisetag noch andauern, erbringt die INTER bei nachgewiesener Transportunfähigkeit die Versicherungsleistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.

(3) Entfällt für versicherte Personen die Versicherungsfähigkeit im Tarif ReiseAV F dadurch, dass

- die häusliche Gemeinschaft verlassen wird, der neue Wohnort jedoch in den EWR-Vertragsstaaten oder der Schweiz liegt oder
- das 18. Lebensjahr vollendet wird,

endet der Versicherungsschutz zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Voraussetzung entfallen ist. Diese Personen haben die Möglichkeit, den Tarif als Einzelvertrag weiterzuführen.

§ 9

Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Der erste Beitrag ist bei Versicherungsbeginn zu entrichten. Bei unterjährigem Abschluss bestimmt sich die Höhe des ersten Beitrags tagesgenau aus dem Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des Kalenderjahres.

(2) Der Jahresbeitrag für den gesamten Vertrag errechnet sich nach der ältesten Person und beträgt

- bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem diese Person das 65. Lebensjahr vollendet hat, 23,40 EUR,
- ab Beginn des Kalenderjahres, in dem diese Person das 66. Lebensjahr vollendet, 52,20 EUR.
- ab Beginn des Kalenderjahres, in dem der zweite Erwachsene das 66. Lebensjahr vollendet, 72,00 EUR.

(3) Der Folgebeitrag wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres fällig.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss der Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ReiseAV F zu zahlen.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10

Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach dem Rücktransport, der Überführung oder der Bestattung geltend gemacht werden.

(3) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen der INTER nachzuweisen.

(4) Die versicherte Person hat sich auf Verlangen der INTER durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 11

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 bzw. § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12

Ansprüche gegen Dritte

(1) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit diese den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Ersatzansprüche sind bis zur Höhe, in der die INTER Leistungen erbracht hat, an die INTER schriftlich abzutreten.

(2) Der Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne Zustimmung der INTER nicht aufgegeben werden. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich diese Obliegenheit, ist die INTER zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, soweit diese infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die INTER berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Vorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer bzw. die

versicherte Person.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegen eine Person, mit der er/sie 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.

(4) Besteht Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Kostenträgers (z.B. der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung), ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, für die über die gesetzlichen Leistungen hinaus ein Tarifanspruch besteht. Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Ablehnung sind nachzuweisen.

(5) Steht dem Versicherungsnehmer im Versicherungsfall ein vertraglicher Erstattungsanspruch gegenüber einem anderen Versicherer zu, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung durch die INTER vor, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag geschlossen wurde (Subsidiarität). Wird ein Versicherungsfall zuerst der INTER gemeldet, tritt diese im tariflichen Umfang jedoch in Vorleistung.

§ 13

Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der INTER nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 14

Willenserklärung und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER müssen in Textform erfolgen, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 15

Anwendbares Recht

Für alle Streitigkeiten aus dem Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

§ 16

Gerichtsstand

(1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

§ 17

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können von der INTER zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats ab Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

INTER Krankenversicherung AG

Anhang

Stand: 01.01.2018

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Abs. 1 und 2

Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

§ 28 Abs. 1 bis 3

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 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.

§ 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 Abs. 2

Übergang von Ersatzansprüchen

(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 infolgedessen 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.