



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandskrankenversicherung nach den Tarifstufen AE (Einzelversicherung) und AF (Familienversicherung) (KV995_202201)

Inhalt

- § 1 Welchen Versicherungsschutz bieten wir Ihnen? Was ist ein Versicherungsfall?
- § 2 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?
- § 3 Wann müssen Sie die Versicherung abschließen und wann endet der Vertrag?
- § 4 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?
- § 5 Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?
- § 6 Was müssen Sie im Versicherungsfall zu beachten?
- § 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?
- § 8 Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherte Person?

- § 9 Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?
- § 10 Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?
- § 11 Was gilt für Mitteilungen an uns?
- § 12 Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?
- § 13 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?
- § 14 Wann können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge für diese Versicherung ändern?
- § 15 Welche gesetzlichen Bestimmungen sind für Ihren Vertrag wichtig?

Anhang

§ 1 Welchen Versicherungsschutz bieten wir Ihnen? Was ist ein Versicherungsfall?

(1) Wir bieten Ihnen bei Auslandsreisen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Tritt der Versicherungsfall im Ausland ein, ersetzen wir Ihnen Aufwendungen für Heilbehandlung und weitere vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Auslandsreise auftretenden Krankheit oder wegen der Folgen eines Unfalls, der sich auf der Reise ereignet. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Als Versicherungsfall gelten auch

- a) ein medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Krankentransport,
- b) ein medizinisch sinnvoller Rücktransport,
- c) die Untersuchung und medizinische Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche sowie Fehlgeburten und medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche,
- d) der Tod.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie in § 4. Bitte beachten Sie auch § 5. Hier ist geregelt, wann wir nicht oder nur eingeschränkt leisten.

(3) Grundlage Ihres Vertrags sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften.

(4) Sie haben für alle vorübergehenden Auslandsaufenthalte eines Jahres innerhalb der ersten 8 Wochen Versicherungsschutz. Dabei spielt es keine Rolle, ob Sie beruflich oder privat reisen.

(5) Ausland sind alle Länder außerhalb Deutschlands, in denen Sie sich gewöhnlich nicht aufhalten. Dort haben Sie Versicherungsschutz.

(6) Sie können den Versicherungsvertrag abschließen, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben. Sie können entweder nur sich selbst oder einen Familienangehörigen (Tarifstufe AE) oder sich selbst und Familienangehörige (Tarifstufe AF) absichern. Zu den Familienangehörigen zählen:

- Ehe- und Lebenspartner sowie
- Kinder unter 18 Jahren, die im gemeinsamen Haushalt leben und unterhaltsberechtigt sind.

Zu den Kindern zählen auch Stiefkinder, Adoptivkinder und Pflegekinder.

§ 2 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Zahlung des Beitrags. Sobald Sie uns Ihre Einzugsermächtigung erteilt haben, gilt der Beitrag als gezahlt, vorausgesetzt, die Lastschrift wird von Ihrem Geldinstitut bei Vorlage eingelöst.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(3) Ihr Versicherungsschutz endet, auch wenn ein Versicherungsfall noch andauert,

- wenn der Versicherungsvertrag endet (siehe § 3)

- bei einem Rücktransport (siehe § 4 Abs. 4 Buchstabe h) mit der Ankunft am Wohnsitz bzw. der Aufnahme in ein Krankenhaus in Deutschland

- mit dem Ende der 8. Aufenthaltswoche im Ausland

Ist die Rückreise oder ein Rücktransport bei Ende des Versicherungsvertrags oder mit dem Ende der 8. Aufenthaltswoche aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich Ihr Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie ohne Gefährdung der Gesundheit zurückreisen oder zurücktransportiert werden können.

§ 3 Wann müssen Sie die Versicherung abschließen und wann endet der Vertrag?

(1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden. Schließen Sie den Vertrag nach Beginn einer Auslandsreise ab, haben Sie erst Versicherungsschutz, wenn Sie eine neue Auslandsreise antreten.

(2) Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn (§ 2) für die Dauer eines Jahres. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr. Der Vertrag kann von Ihnen oder von uns zum Ende jedes Versicherungsjahrs in Textform (z. B. Brief, E-Mail) gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

(3) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Antrag angegebenen Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.

(4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Bei einer Familienversicherung (Tarifstufe AF) haben die versicherten Personen jedoch das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dazu müssen sie innerhalb von 2 Monaten einen neuen Versicherungsnehmer benennen.

(5) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Versicherungsnehmer aus Deutschland wegzieht, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde. Zieht eine versicherte Person aus Deutschland weg, endet für diese Person der Versicherungsvertrag.

(6) Vollendet eine in der Tarifstufe AF versicherte Person das 70. Lebensjahr, endet für sie der Familienvertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahrs. Die versicherte Person hat das Recht, den Vertrag als Einzelversicherung (Tarifstufe AE) fortzuführen. Dafür zahlt sie einen jährlichen Beitrag von 27,50 EUR (siehe § 7). Weitere familienversicherte Personen haben ebenfalls das Recht, den Vertrag als Einzelversicherung weiterzuführen.

(7) Vollendet ein in der Tarifstufe AF mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr, endet für dieses ebenfalls der Familienvertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahrs. Es hat das Recht, den Vertrag als Einzelversicherung (Tarifstufe AE) fortzuführen, wenn uns das Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres mit Name und Geburtsdatum gemeldet wurde. In der Einzelversicherung zahlt das Kind einen jährlichen Beitrag von 11,90 EUR (siehe § 7).



§ 4 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

(1) Sie können unter den folgenden, im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen Personen frei wählen:

- Ärzte
- Zahnärzte
- Heilpraktiker
- Chiropraktiker
- Osteopathen

(2) Wird eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig, können Sie das Krankenhaus frei wählen. Es muss allerdings

- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

(3) Wir leisten im vertraglichen Umfang (siehe Abs. 4) 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 erfolgversprechend bewährt haben oder
- die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der für eine Behandlung mit schulmedizinischen Methoden oder Arzneimitteln angefallen wäre.

(4) Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für

- ambulante ärztliche Untersuchungen und Heilbehandlungen einschließlich Röntgendiagnostik.
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die von den unter (1) genannten Behandlern verordnet wurden. Als Heilmittel gelten Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik, Wärmebehandlung, Bestrahlung und andere Anwendungen des elektrischen Stroms sowie sonstige physikalische Behandlungen. Arzneimittel müssen aus einer Apotheke bezogen werden. Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie ärztlich verordnet und heilwirksam sind: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
- Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die erstmals erforderlich werden und die von den unter (1) genannten Behandlern verordnet wurden.
- schmerzstillende Zahnbehandlungen. Mitversichert sind außerdem notwendige Füllungen und provisorischer Zahnersatz in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz. Nicht erstattungsfähig sind Neuanfertigungen von Zahnersatz und Kronen sowie Kieferorthopädie.
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus. Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir zusätzlich die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.
- Untersuchung und Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten oder medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche. Zudem erstatten wir die Kosten der Heilbehandlung des neugeborenen Kindes aufgrund einer Frühgeburt im Ausland vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche.
- den Transport zur stationären (Erst-)Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt. Wird ein weiterer Transport von der Erstversorgung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus nötig, bezahlen wir diesen auch.

Außerdem sind erstattungsfähig:

- Die Kosten für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland oder in das Ihrem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Sie werden auch erstattet, wenn
 - die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
 - wenn nach Prognose des behandelnden Arztes der Krankenhausaufenthalt im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

Wir erstatten zusätzlich die Kosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notrufservice an. Wenn der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde, müssen wir nicht leisten.

i) Bei Tod einer versicherten Person: Kosten bis zu 10.000 EUR, die durch Überführung nach Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen.

j) Kosten bis zu 10.000 EUR für die Suche, Rettung oder Bergung einer versicherten Person, sofern diese wegen einer Erkrankung, als Unfallfolge oder wegen Tod im Ausland anfallen.

k) Die Kosten für die Notfallbetreuung minderjähriger Kinder vor Ort, wenn

- die versicherte Person die Kinder nicht betreuen kann, weil sie sich aus medizinisch notwendigen Gründen im Krankenhaus befindet, zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und

- kein anderer Mitreisender die Kinder betreuen kann.

Ist die versicherte Person verstorben, übernehmen wir die Betreuungskosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz.

Zudem erstatten wir in einem solchen Notfall auch zusätzlich die entstandenen Rückreisekosten der Kinder, wenn

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

Zu den Kindern zählen auch Stiefkinder, Adoptivkinder und Pflegekinder.

§ 5 Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- Wenn schon bei Reiseantritt durch eine bereits ärztlich diagnostizierte Erkrankung feststand, dass die Behandlung stattfinden musste, wenn die Reise planmäßig durchgeführt wird. Es sei denn, die Reise musste unternommen werden, weil der Ehepartner, der in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner oder ein Verwandter ersten Grades im Ausland verstorben ist.
- Wenn die Auslandsreise mit dem Ziel angetreten wurde, Krankheiten und deren Folgen oder Unfallfolgen zu behandeln.
- Für Krankheiten, Verletzungen, Unfälle und Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind. Kriegereignisse sind dann vorhersehbar, wenn eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vor Reiseantritt ausgesprochen wurde.
- Wenn die versicherte Person Berufssportler ist und sich verletzt, während sie an einem Wettkampf aktiv teilnimmt.
- Für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung.
- Für die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch (mit Ausnahme der in § 4 Abs. 4 Buchstabe f genannten Versicherungsfälle).
- Für Hilfsmittel, die nicht den Regelungen des § 4 Abs. 4 Buchstabe c entsprechen.
- Für Sehhilfen und Hörgeräte.
- Für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung).
- Für Neuanfertigungen von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate) sowie für Kieferorthopädie.
- Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
- Für die Behandlung durch Ehepartner, Personen nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden Ihnen erstattet.
- Für eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung.

(2) Geht eine Heilbehandlung oder sonstige vereinbarte Maßnahme über das medizinisch Notwendige hinaus oder überschreitet ihre Vergütung die üblicherweise im Reiseland gezahlte, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Haben Sie Anspruch auf Leistungen durch einen anderen Versicherer? Das kann z. B. die gesetzliche Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung oder auch ein anderer privater Versicherer sein. Dann hat der anderweitige Vertrag Vorrang. Insgesamt stehen Ihnen im Leistungsfall nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

Sie können wählen, welchem Versicherer Sie den Leistungsfall melden. Wenn Sie bereits Leistungen von einem anderen Versicherer erhalten haben, erstatten wir nur die Kosten, die trotz der Leistungen des anderen Versicherers notwendig bleiben.

Melden Sie den Leistungsfall zuerst bei uns, treten wir in Vorleistung und erstatten Ihnen die Kosten entsprechend Ihrem Leistungsanspruch. Danach wenden wir uns an die anderen Versicherer, um die Kostenteilung zu klären.



§ 6 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten?

(1) Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn Sie uns die Originalrechnungen und die erforderlichen Nachweise zusenden. Die Rechnungen und Nachweise gehen in unser Eigentum über. Haben Sie die Originalbelege schon einem anderen Versicherer zur Erstattung geschickt, genügen Rechnungskopien, wenn der andere Versicherer darauf seine Leistungen vermerkt hat.

(2) Alle Belege müssen Folgendes enthalten:

- Den Namen des Behandlers
- Den Vor- und Zunamen sowie das Geburtsdatum der behandelten Person
- Die Krankheitsbezeichnung
- Die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten

Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.

Bei Zahnbehandlungen müssen auf der Rechnung die behandelten Zähne genannt und die vorgenommene Behandlung beschrieben sein.

(3) Werden Überführungs- bzw. Bestattungskosten geltend gemacht, benötigen wir eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.

(4) Wir zahlen Leistungen an Sie aus. Sie können die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen. Möchten Sie, dass wir Leistungen an eine versicherte Person auszahlen, müssen Sie uns dies in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) mitteilen.

(5) Kosten in ausländischer Währung werden zum Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten, in Euro umgerechnet. Für gehandelte Währungen gilt der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs laut Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank (nach jeweils neuestem Stand). Haben Sie die zum Bezahlen der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Umrechnungskurs erworben und können das auch nachweisen, gilt dieser Kurs.

(6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Sie müssen ihn bei Abschluss des Versicherungsvertrags bezahlen. Den jeweiligen Folgebeitrag zahlen Sie zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Der Beitrag für versicherte Einzelpersonen (Tarifstufe AE) bis zur Vollendung des 70. Lebensjahrs beträgt 11,90 EUR. Nach Ablauf des Versicherungsjahrs, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wurde, erhöht er sich auf 27,50 EUR. Der Beitrag für die Familienversicherung (Tarifstufe AF) beträgt 30,60 EUR.

§ 8 Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherte Person?

(1) Sie und die versicherte Person müssen uns auf Verlangen jede erforderliche Auskunft erteilen, um den Versicherungsfall oder unsere Leistungspflicht und deren Umfang festzustellen.

(2) Wenn wir es verlangen, ist die versicherte Person verpflichtet, sich im Leistungsfall durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Sie bzw. die versicherten Personen sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen, wenn wir dies verlangen. Hierzu müssen Sie uns erlauben, uns jederzeit über frühere, bestehende oder bis zum Vertragsende eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu informieren. Außerdem benötigen wir eventuell Auskünfte über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen. Dazu dürfen wir Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese müssen Sie von ihrer Schweigepflicht befreien und sie ermächtigen, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise müssen Sie uns auf Verlangen im Leistungsfall nachweisen.

§ 9 Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?

Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht frei, wenn eine der in § 8 genannten Obliegenheiten (Pflichten) verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Personen stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich. Auf die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen müssen wir Sie in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) hingewiesen haben.

§ 10 Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

(1) Haben Sie oder eine versicherte Person sonstige Ersatzansprüche gegen Dritte im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall? Das können z. B. Schadenersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte sein. Dann müssen Sie diese Ansprüche an uns in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) abtreten. Und zwar bis zur Höhe, in der Sie aus dem Versicherungsvertrag Ersatz erhalten (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen). Hinweise zum gesetzlichen Forderungsübergang (86 VVG) finden Sie im Anhang.

(2) Sie oder die versicherte Person müssen Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht frist- und formgerecht wahren. Soweit erforderlich müssen Sie oder eine versicherte Person uns beim Durchsetzen des Ersatzanspruchs helfen.

(3) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in (1) und (2) genannten Obliegenheiten und bekommen wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Verletzen Sie die Obliegenheit grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung so zu kürzen, wie es der Schwere des Verschuldens entspricht.

(4) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht haben? In diesem Fall gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

(5) Haben Sie von schadenersatzpflichtigen Dritten Geld für Ihnen entstandene Aufwendungen erhalten? Dann sind wir berechtigt, dies auf unsere Leistungen anzurechnen.

§ 11 Was gilt für Mitteilungen an uns?

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie uns in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zukommen lassen.

§ 12 Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder an den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie das Recht, das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann für die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Den Ombudsmann erreichen Sie per

- Telefon: 0800 2 550444 (kostenfrei)
- Fax: 030 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
- Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Sie haben zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53, 53002 Bonn

§ 13 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Klagen gegen uns können Sie entweder beim Gericht an Ihrem Wohnsitz bzw. Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder am Sitz unserer Gesellschaft einreichen.

§ 14 Wann können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge für diese Versicherung ändern?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrags können von uns nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahrs geändert werden. Die Änderung müssen wir Ihnen spätestens einen Monat vor Ende des alten Versicherungsjahrs schriftlich mitteilen. Sie können dann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung kündigen. Und zwar zu dem Zeitpunkt, zu dem die Änderung wirksam werden sollte. Erhöhen wir den Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag auch bis und zum Zeitpunkt kündigen, zu dem die Erhöhung wirksam wird.



§ 15 Welche gesetzlichen Bestimmungen sind für Ihren Vertrag wichtig?

Auszüge aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) sowie dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) haben wir zu Ihrer Information beigelegt, um die Versicherungsbedingungen verständlicher zu machen. Sie finden sie im Anhang.



Anhang

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). Die wichtigsten Bestimmungen für Sie sind nachfolgend abgedruckt.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, Abs. 2 - 4

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 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.

(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.

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.