Allgemeine Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARL)

Tarif ARL

- Stand: 1. Februar 2014 -

Bei besonderen Notfällen wie:

- Behandlung vor Ort wegen schwerer Erkrankung/Unfall mit voraussichtlich hohen Behandlungskosten
- Tod einer versicherten Person
- Rücktransport, da Behandlung vor Ort nicht möglich ist
- stationärem Krankenhausaufenthalt

setzen Sie sich bitte mit unserer **Notrufzentrale**, die täglich rund um die Uhr erreichbar ist, in Verbindung:

Tel. +49 (0)261 49 89 90 1
Fax +49 (0)261 49 89 90 4

Kurzübersicht der Leistungen:

Ambulante Leistungen				
100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für				
Ärztliche Heilbehandlung	**Arznei- und Verbandmittel**	**Hilfsmittel** (das sind: Bandagen, Gehhilfen, künstliche Glieder bis zu 10.000 EUR und Korrekturschienen)	**Heilmittel** (das sind: Elektrotherapie, Kälte- und Wärmebehandlung, Krankengymnastik, Massagen und Packungen sowie sonstige physikalisch-medizinische Leistungen)	**Medizinisch notwendigen Transport** zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall

Stationäre Leistungen		
100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für		
Ärztliche Heilbehandlung	**Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung**; bestehen mehrere Alternativen, ist die kostengünstigste zu wählen	**Medizinisch notwendigen Transport** zum nächsterreichbaren Krankenhaus

Zahnärztliche Leistungen		
100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für		
Schmerzstillende zahnärztliche Behandlung einschließlich notwendiger Füllungen in einfacher Ausführung	**Reparaturen** am vorhandenen **Zahnersatz**	**Unfallbedingten Zahnersatz** in einfacher Ausführung

Weitere Leistungen		
Entbindung: Pauschale von 500 EUR	**Rücktransport,** wenn medizinisch notwendig oder bei aufwendiger Behandlung **(100 %)**	**Überführung bei Tod** oder Bestattung im Ausland (bis zu 11.000 EUR)

Eine genaue Leistungsbeschreibung und umfassende Informationen finden Sie in den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs ARL.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei längeren Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er die im Ausland entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (§ 4).
Einschränkungen der Leistungspflicht ergeben sich aus § 5.
Wenn ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Auslandsreise eingetreten war, werden Aufwendungen nach § 4 Nr. 1 bis 5 ab Beginn der Auslandsreise erstattet, wenn bei Antragstellung die Angaben über die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person im Antrag vollständig beantwortet wurden und der Versicherer den Antrag angenommen hat (§ 2 Nr. 1 Satz 2).

2. Versicherungsfall ist die nach Nummer 1 medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, für die eine angemessene Vergütung berechnet wurde. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gelten auch Entbindung und Tod.

3. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, eventuellen besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung sowie den in der Bundesrepublik Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5. Der Versicherungsschutz besteht für die Dauer der Auslandsreise während der Vertragslaufzeit. Der Versicherungsschutz verlängert sich unter der Voraussetzung des § 7 Nr. 2, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.
Unterbricht die versicherte Person vorübergehend den Aufenthalt im Ausland, so besteht auch für im Inland akut eintretende Versicherungsfälle – längstens für die ersten drei Wochen – Versicherungsschutz für Leistungen nach § 4 Nr. 1 bis 5, es sei denn, es besteht Anspruch auf Leistungen eines anderen Kostenträgers.
Erfolgt innerhalb von drei Wochen nach Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes keine Wiederausreise, so ruht der Versicherungsschutz bis zur Wiederausreise. Der Beitrag ist auch in diesem Fall durchgehend zu zahlen.
Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sowie die Dauer der Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

6. Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres, die aus Anlass einer Berufsausbildung oder Berufsvorbereitung für einen vorübergehenden Zeitraum ins Ausland reisen sowie deren nicht berufstätige Ehegatten, nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) und Kinder. Als Berufsausbildung gilt z. B. ein Studium, ein Promotionsstudium oder ein Praktikum, als Berufsvorbereitung z. B. der Schüleraustausch oder eine Au-Pair-Tätigkeit. Die Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sind bei Antragstellung vor Versicherungsbeginn (§ 3 Nr. 1) sowie auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

7. Diese Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Beiträge nach § 2 Satz 3 der Satzung.

§ 2 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

1. Voraussetzung für den Abschluss des Vertrages ist ein ordnungsgemäß ausgefüllter Antrag, der eindeutige und vollständige Angaben über die zu versichernden Personen sowie deren Gesundheitsverhältnisse, den Beginn des Versicherungsvertrages, ein SEPA-Lastschriftmandat für ein in der Bundesrepublik Deutschland bestehendes Konto und die erforderlichen Unterschriften enthält.
Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmebestätigung des Versicherers zustande.

2. Der Versicherungsvertrag muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen werden. Es kann eine Versicherungsdauer von mindestens 70 Tagen bis höchstens 18 Kalendermonaten vereinbart werden. Bei einer Verlängerung des Auslandsaufenthaltes kann die Weiterführung des Versicherungsvertrages – mindestens 14 Tage vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer – bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von 36 Monaten zu besonderen Bedingungen und Beiträgen vereinbart werden. Die bisher nach Tarif ARL verbrachte Versicherungsdauer wird auf den höchstzulässigen Gesamtzeitraum angerechnet.

3. Ein erneuter Abschluss des Tarifs ARL kann innerhalb von drei Monaten nach Ende des Versicherungsvertrages (§ 14 Nr. 1) im Rahmen der in Nummer 2 genannten Gesamtversicherungsdauer von 36 Monaten zu besonderen Bedingungen und Beiträgen vereinbart werden. Die bisher nach Tarif ARL verbrachte Versicherungsdauer wird auf den höchstzulässigen Gesamtzeitraum von 36 Monaten angerechnet. Nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist ist ein Neuabschluss der Versicherung nach Tarif ARL möglich, wenn die Voraussetzungen nach §§ 1 und 2 Nr. 1 und 2 erfüllt sind.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages (vgl. § 2 Nr. 1) und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes (Grenzüberschreitung aus der Bundesrepublik Deutschland).

2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird für Aufwendungen nach § 4 Nr. 1 bis 5 ab Beginn der Auslandsreise geleistet, wenn die Voraussetzungen des § 1 erfüllt sind.

3. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

5. Soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht, gelten die Nummern 3 und 4 nicht.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Ambulante Heilbehandlung
Mit 100 % werden die entstandenen Aufwendungen erstattet für:

a) ambulante ärztliche Behandlung, einschließlich ärztlicher Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,

b) Arznei- und Verbandmittel, hierzu zählen nicht: Nährmittel, Stärkungsmittel, Geheimmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Badezusätze sowie sonstige Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, wie z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen androgenetisch bedingten Haarausfall,

c) Hilfsmittel (das sind: Bandagen, Gehhilfen, künstliche Glieder bis zu 10.000 EUR und Korrekturschienen zur Überwindung von Verletzungsfolgen, die durch einen während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall bedingt sind; für Brillen gibt es keine Leistung),

d) Heilmittel (das sind: Elektrotherapie, Kälte- und Wärmebehandlung, Krankengymnastik, Massagen und Packungen sowie sonstige physikalisch-medizinische Leistungen),

e) medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall.

2. Stationäre Heilbehandlung
Mit 100 % werden die entstandenen Aufwendungen erstattet für:

a) ärztliche Leistungen,

b) Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung; bestehen mehrere Alternativen, ist die kostengünstigste zu wählen,

c) medizinisch notwendigen Krankentransport zur erforderlichen akuten Erstversorgung zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt sowie den gegebenenfalls medizinisch notwendigen Krankentransport von der Erstversorgungseinrichtung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus im jeweiligen Land.

3. Zahnärztliche Heilbehandlung
Mit 100 % werden die entstandenen Aufwendungen erstattet für:
schmerzstillende zahnärztliche Behandlung einschließlich notwendiger Füllungen in einfacher Ausführung und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie unfallbedingten Zahnersatz in einfacher Ausführung.

4. Entbindung
Für Entbindungen wird eine Pauschale von 500 EUR gezahlt.

5. Als Versicherungsfall nach § 1 Nr. 1 und 2 gelten auch nicht absehbare Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt, Frühgeburt oder notfallbedingten Schwangerschaftsabbruchs. Für diese Versicherungsfälle wird jedoch nicht geleistet, sofern sie nach der 36. Schwangerschaftswoche eintreten, es sei denn, der darüber hinausgehende Auslandsaufenthalt wurde durch einen vorherigen Eintritt eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen notwendig. Für zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche eintretende Versicherungsfälle nach Satz 1 werden Versicherungsleistungen nur dann erbracht, wenn dem Versicherer eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, aus der hervorgeht, dass Antritt und Dauer der Reise aus ärztlicher Sicht unbedenklich gewesen waren.

Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, sofern die Kosten der Entbindung (Satz 1 bis 3) tarifgemäß erstattet werden.

6. Rücktransport, Todesfall im Ausland

6.1 Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu einem grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn
- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
- nach ärztlicher Prognose eine stationäre Behandlung länger als 14 Tage dauern würde.

Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung der versicherten Person zu befürchten ist.

6.2 Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstattet der Versicherer Aufwendungen bis maximal 11.000 EUR:

a) für die Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz,

b) für die Einäscherung im Ausland mit Überführung der Urne an den letzten ständigen Wohnsitz,

c) im Falle einer Beisetzung im Ausland die entstandenen Bestattungskosten.

7. Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

8. Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmittel müssen von den in Nummer 7 genannten Ärzten oder Zahnärzten verordnet werden.

9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für

a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

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

c) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie;

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;

e) Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet;

f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) Krankheiten und Folgen sowie Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wurde;

h) die Kosten von Behandlungen, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand; eine etwaige Leistungspflicht nach § 1 Nr. 1 Satz 3 und 4 bleibt hiervon unberührt.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsoriginale vorgelegt und die erforderlichen Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die durch amtlich beglaubigte Übersetzung entstehenden Kosten trägt der Versicherungsnehmer.

Beteiligt sich ein anderer Kostenträger an den Aufwendungen, so sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist dann nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

2. Alle Belege müssen Namen und Anschrift des Arztes- oder Zahnarztes, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten und – wenn landesüblich – Einzelpreise enthalten; aus den Rezepten müssen der Name

der versicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

3. Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

4. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

5. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

6. Kosten für Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers oder der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (siehe Nummer 4) gewählt wurden, werden von den Leistungen abgezogen.

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

8. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –

a) mit dem Ende des Versicherungsvertrages (vgl. § 2 Nr. 2 und § 14),

b) mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes, d. h. mit Grenzübertritt in die Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, der Auslandsaufenthalt wird nach § 1 Nr. 5 unterbrochen.

2. Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes nach Nummer 1 Buchst. a aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz und der Versicherungsvertrag über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus, solange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist. § 4 Nr. 5 letzter Satz gilt entsprechend. Für die Verlängerungsdauer sind dann die für neue Vertragsabschlüsse geltenden Beiträge zu zahlen, wobei die bisher nach Tarif ARL verbrachte Vertragsdauer für die Staffelung der Beitragshöhe zu berücksichtigen ist.

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag wird für jeden angefangenen Kalendermonat vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist bis zum Ablauf des Kalendermonats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

2. Der Monatsbeitrag wird nach der Vertragsdauer gestaffelt und beträgt für den

1. bis 6. Monat	28 EUR
7. bis 12. Monat	56 EUR
13. bis 18. Monat	112 EUR

3. Während der vereinbarten Vertragsdauer besteht Beitragsgarantie für den im Versicherungsschein dokumentierten Beitrag.

4. Bei Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer nach § 2 Nr. 2 Satz 2 und § 7 Nr. 2 sowie bei erneuter Vereinbarung des Tarifs ARL nach § 2 Nr. 3 Satz 1 und 2 sind die dann für neue Vertragsabschlüsse geltenden Beiträge zu zahlen, wobei die bisher nach Tarif ARL verbrachte Vertragsdauer für die Staffelung der Beitragshöhe nach Nummer 2 zu berücksichtigen ist. Dies gilt nicht für einen Neuabschluss nach § 2 Nr. 3 Satz 3.

5. Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragseinzugs durch den Versicherer.

6. Beiträge sind jeweils zum ersten Tag eines jeden Monats fällig.

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

§ 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Nr. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

3. Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch Entbindung von der Schweigepflicht).

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

5. Der Abschluss einer weiteren Auslandsreise-Krankenversicherung bedarf der Zustimmung des Versicherers.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Nr. 1 – 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. Wird die in § 9 Nr. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

5. Soweit für den Versicherten von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz für die entstandenen Aufwendungen geleistet wurde, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Soweit aus anderen Auslandsreise-Krankenversicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, besteht in der Höhe Leistungspflicht für den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., wie sie bei einem Ausgleich nach § 78 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zu erfüllen wäre. Es steht dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadensfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall zuerst dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G., wird dieser - nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen - in voller Höhe in Vorleistung treten.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 Ende der Versicherung

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

2. Das Versicherungsverhältnis endet, wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland aufgibt bzw. wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen.

3. Eine vorzeitige Beendigung des Versicherungsvertrages während des Auslandsaufenthaltes ist nicht möglich. Bei Abbruch des Auslandsaufenthaltes ist eine Kündigung zum Monatsende möglich.

4. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 15 Gerichtsstand

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

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

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Anhang

Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

...

§ 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.

§ 78 Haftung bei Mehrfachversicherung

...

(2) Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet, die sie dem Versicherungsnehmer nach dem jeweiligen Vertrag zu zahlen haben. Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.