

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung 2009 (AVB-AKK-GR 2009).

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages versicherbaren Personen versichert werden, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers in die Bundesrepublik Deutschland einreisen und sich dort vorübergehend aufzuhalten (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden.

II. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

1. bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für

- 1.1 ärztliche Leistungen zu 100 %, bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – siehe hierzu Ziffer IV
- 1.2 Hebammenleistungen zu 100 %
- 1.3 Arzneien zu 100 %
- 1.4 Heilmittel zu 90 %
Als Heilmittel gelten: Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Inhalationen und Heilgymnastik
- 1.5 folgende Hilfsmittel – und zwar:
 - 1.5.1 Sehhilfen bis zu 150,00 EUR innerhalb von drei Versicherungsjahren
 - 1.5.2 Krankenfahrstühle bis zu 675,00 EUR
 - 1.5.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75,00 EUR einmal je Versicherungsjahr
 - 1.5.4 Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100 %

Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

2. bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für

- 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus zu 100 %.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

- 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
- 2.1.2 belegärztliche Leistungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ – siehe hierzu Ziffer IV
- 2.1.3 Leistungen einer Beleghebamme

Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

- 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %.

Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für
 - 3.1 Zahnbehandlungen (außer Inlays und Zahnkronen aller Art) und prophylaktische Leistungen zu 100 %, höchstens 500,00 EUR je Versicherungsjahr
 - 3.2 unfallbedingten Zahnersatz, unfallbedingte Inlays (metallische Ausführung ohne Verblendung), unfallbedingte Zahnkronen aller Art (jeweils metallische Ausführung mit Verblendung bis zum Zahn 4, ab Zahn 5 ohne Verblendung) und unfallbedingte Zahn- und Kieferregulierung, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, zu 80 %, höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsjahr.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland werden die Aufwendungen unter Berücksichtigung der genannten Höchstsummen bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) – siehe hierzu Ziffer IV – erstattet.

Zahntechnische Leistungen werden bis zu den ortsüblichen Preisen erstattet.

4. die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde, zu 100 %.

Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem der Hauptversicherte auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland.

Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 10.000,00 EUR
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland, höchstens 5.000,00 EUR

III. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Abs. 1 AVB-AKK-GR 2009, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
2. Bei einer Beitragsanpassung können unter den Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 AVB-AKK-GR 2009 die betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Die geänderten Beträge werden mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

IV. Regelhöchstsätze

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland ist die Höhe der Erstattung nach Tarif INV-ECO begrenzt auf die Regelhöchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Derzeit sind danach folgende Gebühren erstattungsfähig:

1. nach den in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ genannten Leistungen vom einfachen bis zum 1,8-fachen des Gebührensatzes,

2. nach den im Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ genannten Leistungen sowie für Leistungen nach Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ vom einfachen bis zum 1,15-fachen des Gebührensatzes,
3. nach den in den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und in der GOZ genannten Leistungen vom einfachen bis zum 2,3-fachen des Gebührensatzes.

Bei einer Änderung der GOÄ oder GOZ werden die erstattungsfähigen Gebühren entsprechend der Veränderung auch für bereits nach Tarif INV-ECO Versicherte angepasst.

V. Unisex

Bei geschlechtsunabhängigen Beiträgen wird der Tarifbezeichnung der Zusatz U angehängt.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
 - b) Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (2) In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung besteht für die vor dem Beginn des Versicherungsschutzes (vgl. § 2 Abs. 1), ggf. vor dem Beginn des Auslandsaufenthaltes aufgetretenen Krankheiten ab Versicherungsbeginn nur dann Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsprüfung seitens des Versicherers durchläuft und der Versicherer diese Versicherungsfälle nicht von der Leistung ausschließt. Werden aufgrund der Gesundheitsprüfung erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten. In diesen Fällen teilt der Versicherer dem Versicherungsnehmer und dem Hauptversicherten die erforderlichen Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse mit. Wird ein für den Ausgleich eines erhöhten Risikos festgelegter Risikozuschlag nicht akzeptiert, gilt der alternativ festgelegte Leistungsausschluss als vereinbart.
- In der kurzfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung besteht für die vor dem Beginn des Versicherungsschutzes (vgl. § 2 Abs. 1) aufgetretenen Krankheiten ab Versicherungsbeginn Versicherungsschutz.
- Als kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherungen gelten Versicherungen nach Tarifen für Auslandsaufenthalte bis zu einer Dauer von einem Jahr.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung, dem Tarif, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die zuvor bereits

in diesen Ländern tätig waren, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

Erfordert ein langfristiger Auslandsaufenthalt eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Inland, so gilt die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Inland bis zu einer Dauer von vier Monaten als vereinbart.

- (5) Der Hauptversicherte kann die Umwandlung der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme einer solchen Anmeldung verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt (siehe hierzu § 10 Abs. 3 und 4 dieser AVB) oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.
- (6) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung beginnt der Versicherungsschutz mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Sind seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, so beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer. In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung wird für Versicherungsfälle, die vor Zugang der Anmeldung beim Versicherer eingetreten sind, ab Beginn des Versicherungsschutzes nur dann nicht geleistet, wenn sie dem Versicherer nicht ordnungsgemäß angezeigt worden sind, oder der Versicherer für sie den Ausschluss vom Versicherungsschutz in der Versicherungsbestätigung erklärt oder erklärt hat. Gleichermaßen gilt für neu hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes.
- In der kurzfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung beginnt der Versicherungsschutz mit der Ausreise.
- (2) In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit 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 des versicherten Elternteils sein. Der Beitrag ist erst vom auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.

- (3) 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.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 3 Anmeldung und Versicherungsbestätigung

- (1) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt in der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung durch den Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) zusammen mit dem Hauptversicherten. Die Anmeldung erfolgt gesondert für:

a) Langfristige Auslandsaufenthalte

Zu versichernde Auslandsaufenthalte sind dem Versicherer mit Angabe des Versicherungsbeginns auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und dafür bestimmten Meldeblatt anzugeben und nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes wieder abzumelden. Besondere Vereinbarungen bezüglich des Meldeverfahrens sind möglich. Bei dem vorstehend beschriebenen Meldeverfahren hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuvierenden Personen die auf dem Formblatt des Versicherers gestellten Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig zu beantworten.

Stellt sich erst im Laufe eines als kurzfristig vorgesehenen und erfassten Auslandsaufenthaltes heraus, dass der Aufenthalt länger dauert, so ist der Aufenthalt mit dem oben genannten Meldeblatt als langfristiger Auslandsaufenthalt nachzumelden. Gleichzeitig sind für die Zeit vor Beginn der kurzfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung die bei einer Anmeldung zur langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung abzugebenden Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen nachzuholen. Die bereits entrichteten Beiträge werden entsprechend angerechnet.

b) Kurzfristige Auslandsaufenthalte

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die Summe der zu versichernden Reisetage dem Versicherer monatlich oder gemäß besonderer Vereinbarung anzugeben. Dem Versicherer wird dabei das Recht eingeräumt, die Angaben ggf. anhand der Aufzeichnungen des Versicherungsnehmers nachzuprüfen.

- (2) Der Versicherer stellt – soweit gewünscht – in der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung eine Versicherungsbestätigung für die Hauptversicherten aus.
- (3) In der kurzfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung wird eine Versicherungsbestätigung nur auf Anforderung ausgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehand-

lungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die

- nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;
 - f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen.
- (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 von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Zusatzinformationen).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Eine Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag, wonach die Hauptversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben, gilt als Benennung der empfangsberechtigten Person im Sinne von Absatz 1.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.
- (5) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen

- ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:
 - a) bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellter ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes;
 - b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.
- (11) Die Rechnungen, die anlässlich von kurzfristigen Auslandsaufenthalten entstanden sind, müssen dem Versicherer von dem bzw. über den Versicherungsnehmer mit der Bestätigung des betriebsbedingten Auslandsaufenthaltes eingereicht werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Sie beträgt nach § 195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

Diese Nachleistung kommt im Falle einer Weiterversicherung nicht in Betracht.

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Die Beitragszahlung erfolgt in der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung monatlich oder jährlich, in der kurzfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung jährlich oder nach besonderen Vereinbarungen.
- (2) Soweit monatliche Beitragszahlungen vereinbart wurden, sind die Beiträge am Monatsersten, bei jährlicher Zahlungsweise zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.

- (3) In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung wird bei jährlicher Beitragszahlung ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3 % gewährt.
- (4) In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung sind die Beiträge bis zum Ablauf des Monates zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (5) Wird eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Zusatzinformationen) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten (§ 193 Abs. 4 Satz 1 VVG – siehe Zusatzinformationen). Die Einzelheiten hierzu sind in § 193 Abs. 4 Satz 2 bis 6 VVG (siehe Zusatzinformationen) geregelt.

Für den Fall, dass für eine der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Zusatzinformationen) der Erstbeitrag oder Folgebeiträge nicht gezahlt werden, gelten die Regelungen des § 193 Abs. 6 VVG (siehe Zusatzinformationen).

- (6) Für andere als die in Abs. 5 genannten Versicherungen gilt: Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) in der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer (Beitragsschuldner) schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) In nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen wird bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigt:
 - in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,
 - das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tariflich erreichte Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- (5) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung, insbesondere im Alter, werden der Alterungsrückstellung nach Maßgabe der Vorschriften des VAG zusätzliche Beiträge zugeführt.
- (6) Die vorgenannten Regelungen der Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung.

Hier richtet sich der Beitrag nach der vereinbarten Reisedauer. Sofern risikoerhöhende Umstände vorliegen, sind Beitragszuschläge möglich; diese werden im jeweiligen Tarif festgelegt. Risikoerhöhende Umstände sind: überwiegend körperliche Arbeit während des Auslandsaufenthaltes oder überwiegender

Aufenthalt in den USA, in Kanada oder in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (siehe § 17 Abs. 4 dieser AVB) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (siehe § 17 Abs. 5 dieser AVB) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (3) Die vorgenannten Regelungen der Absätze 1 bis 3 gelten nicht für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung.

§ 12 Obliegenheiten

- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Dem Versicherer ist auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten, Zahnärzten und Krankenanstalten sowie Versicherungsträgern aller Art einzuholen; diese sind gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.
- (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) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 Abs. 1 bis 5 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 12 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dies gilt nicht, soweit es sich

um eine der Pflicht zur Versicherung genügende Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Zusatzinformationen) handelt.

- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§ 14 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Zusatzinformationen), 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 Hauptversicherte oder eine mitversicherte 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 Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall 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 Hauptversicherten oder einer mitversicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 16 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
- Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
 - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
 - dem Tod; endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Hauptversicherten, so sind die mitversicherten Personen berechtigt, innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Hauptversicherten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers in der Einzelversicherung zu erklären;
 - Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
 - Abmeldung aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung zum Zweck der Weiterversicherung;
 - Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. In der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Versicherung beginnt das erste Versicherungsjahr gemäß § 2 Abs. 1 dieser AVB, es endet am 31.12. des selben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen)

besteht, wird eine Abmeldung nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

- g) Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.
- (2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- Diese Nachleistung kommt im Falle einer Weiterversicherung nicht in Betracht.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Die Versicherung endet dann – auch für schwedende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag (vgl. Abs. 1 Punkt b), ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages beantragt werden.

- (6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Abs. 1 dieser AVB, so kann der Hauptversicherte die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt abmelden, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Abmeldung ist auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung möglich.
- (8) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, im Fall einer Abmeldung nach Abs. 1 f) das davon betroffene Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.
- (9) Bei Abmeldung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Kundeninformation) kann der Hauptversicherte verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif gebildeten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für Versicherungen für Aufenthalte außerhalb Deutschlands und auch nicht für vor dem 1. Januar 2009 zustande gekommene Versicherungen.
- (10) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurück behalten.

§ 17 Weiterversicherung aus der langfristigen Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung

- (1) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben diese das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen hierfür gegeben sind – nach den für Einzelversicherungen gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag beim Versicherer beantragt wird. Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Bedingungen vereinbart werden.
- (2) Die Weiterversicherung wird von einer Gesundheitsprüfung (vgl. § 1 Abs. 2 dieser AVB) abhängig gemacht, sofern diese nicht zu Vertragsbeginn bereits durchgeführt worden ist.
- (3) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen der Einzelversicherung angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung entsprechend berücksichtigt (vgl. § 1 Abs. 5 dieser AVB).
- (4) Für bis zum 31. Dezember 2008 zustande gekommene Versicherungen gilt: Erfüllt eine versicherte Person die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Zusatzinformationen) genannten Voraussetzungen, kann der Hauptversicherte die Weiterversicherung der versicherten Person in dem Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie verlangen. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Die Weiterversicherung ist jederzeit nach Erfüllung der in Satz 2 genannten Voraussetzungen möglich; die Versicherung im

Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Hauptversicherten folgt. Unter den Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 b) VVG (siehe Zusatzinformationen) kann der Hauptversicherte die Weiterversicherung der versicherten Person im Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) verlangen.

- (5) Für ab dem 1. Januar 2009 zustande gekommene Versicherungen gilt, dass versicherte Personen unter den Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 a) VVG (siehe Zusatzinformationen) in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln können. Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird ein Zuschlag erhoben, der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt ist. Abs. 4 Satz 5 gilt entsprechend.
- (6) Die vorgenannten Regelungen der Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung.

§ 18 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 19 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (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.

§ 20 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
Telefax 02 21/16 36 - 2 00

www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe