

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Geltungsbereich eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Soweit Leistungen dafür vorgesehen sind und die Voraussetzungen des Abs. 1 vorliegen, gelten als Versicherungsfälle auch
 - a) der im Verlauf der Heilbehandlung medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Krankenrücktransport,
 - b) die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung,
 - c) der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, den gegebenenfalls zusätzlich getroffenen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden privaten Auslandsreisen, die eine versicherte Person innerhalb der Vertragsdauer unternimmt. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthalts darf dabei einen Zeitraum von 8 Wochen nicht übersteigen. Bei einem längeren Aufenthalt besteht Leistungspflicht nur für die ersten 8 Wochen des Auslandsaufenthalts.

Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn die Auslandsreise einen Zeitraum von 10 Tagen nicht übersteigt. Endet das Versicherungsjahr (§ 3 Abs. 2) während des Auslandsaufenthalts, besteht der Versicherungsvertrag nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.
- (5) Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor der Erteilung der vorgesehenen Einzugsermächtigung bzw. nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet, es sei denn, dass bei aus medizinischer Sicht bestehender Reisefähigkeit während des Auslandsaufenthalts eine behandlungsbedürftige akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt.
- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Versicherungsverhältnisses. Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus mit dem Ablauf der achten Woche eines Auslandsaufenthalts (s. § 1 Abs. 4).
- (4) Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß § 2 Abs. 3 aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert

sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Rückreise möglich ist.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

- (1) Aufnahmefähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- (2) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Beginn eines neuen Auslandsaufenthalts. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (3) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.
- (4) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag wie folgt zustande kommen:
 - a) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags zustande.
 - b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrags als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrags, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antrags.
 - c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgegebene Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antrags.
 - d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des E-Mail-Versands) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Der Vertrag ist erst endgültig zustande gekommen, wenn innerhalb der gesetzlichen Frist kein Widerrufsrecht ausgeübt wurde.

- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

- (6) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten behandelnden Personen verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern im Aufenthaltsland, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) 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 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) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
- ambulante ärztliche Untersuchung und Heilbehandlung.
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder ständig genommen werden.
 - die Miete medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden. Aufwendungen für Sehhilfen - und Hörgeräte sind nicht erstattungsfähig. Ist eine Miete nicht möglich, werden die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel in einfacher Ausführung erstattet.
 - stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus.
 - den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus bzw. in das Krankenhaus, in dem eine notwendige Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von dem Krankenhaus, das zur Erstversorgung aufgesucht wurde, in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus.
 - schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (keine Inlays) sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz und Kronen, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen.

Außerdem sind erstattungsfähig:

- g) Bergungskosten bis zu 2.500,00 EUR, wenn die versicherte Person einen Unfall erleidet und deswegen gesucht, gerettet und geborgen werden muss und die Hilfeleistungen von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten erbracht werden.
- h) die Mehrkosten einer Rückführung,
- wenn diese medizinisch notwendig ist (d. h. wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsgefährdung 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 oder
- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

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

Die Mehrkosten für eine Begleitperson sind ebenfalls erstattungsfähig, soweit die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Die Rückführung wegen medizinischer Notwendigkeit muss ärztlich verordnet sein, das Vorliegen einer der beiden anderen Alternativen ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Die Rückführung erfolgt an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland oder an einen anderen Ort in Deutschland.

- i) die Bestattungskosten im Ausland oder die Kosten einer Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis zu 10.000,00 EUR.
- (6) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war.
- für Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychiatrie und Psychotherapie.
- für eine regelgerecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die Entbindung. Bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf (regelwidrige Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten) leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen. Im Falle einer Frühgeburt werden bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind auch die Kosten für die Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes übernommen.

- g) für Maßnahmen zum Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, diese sind unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten.
 - h) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung).
 - i) für Zahnersatz einschl. Kronen und Inlays sowie für Kieferorthopädie.
 - j) für Hilfsmittel, die nicht den Regelungen des § 4 Abs. 5 Punkt c) entsprechen.
 - k) für Kur- und Sanatoriums Behandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
 - l) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird. Im Falle eines Unfalls sind auch die Kosten einer stationären Behandlung in einer Klinik, die zugleich Kur- und Rehabilitationseinrichtung ist, erstattungsfähig.
 - m) für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.
 - n) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, 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 Anspruch auf Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur gegen Abtretung eventueller Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der genannten Krankheiten und Unfälle nebst Folgen leistungspflichtig.
- (4) Besteht Anspruch auf Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. aus der gesetzlichen Helfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur gegen Abtretung dieses Anspruchs leistungspflichtig.
- (5) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die entstandenen Aufwendungen sind durch ordnungsgemäße Originalrechnungen oder durch Rechnungsduplikate mit Erstattungsvermerk eines anderen Kostenträgers nachzuweisen. Die Rechnungsbelege müssen in jedem Fall den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen, ferner die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen sowie die Behandlungsdaten. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der

Preis und der Quittungsvermerk lesbar hervorgehen. Rechnungen über Heilmittel sind zusammen mit den Verordnungen der behandelnden Personen einzureichen.

- (3) Zum Nachweis eines notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.
- (4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (5) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, sofern eine Verpflichtung nach Satz 3 nicht besteht. Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen.
- (6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten 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 Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, gilt dieser Kurs.
- (7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
- (9) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrags, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres zu zahlen. Für versicherte Personen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres beträgt der Grundbeitrag 13,50 EUR. Dieser erhöht sich für versicherte Personen nach Vollendung des 70. Lebensjahres mit Wirkung für die folgenden Versicherungsjahre um 19,00 EUR. Für Personen, die zu Beginn ihrer Versicherung das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben, erhöht sich der Grundbeitrag um 50,00 EUR.

§ 8 Obliegenheiten

- (1) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind dem Versicherer auf Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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 § 8 aufgeführten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der

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

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 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 eine versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches 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 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 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 Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 Aufrechnung

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

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bis auf folgende Abweichungen gelten für den Tarif HolidayF die gleichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen wie für den Tarif HolidayE.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

- (1) Aufnahmefähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Als Familienangehörige gelten – sofern im Antrag-/Versicherungsschein namentlich aufgeführt – der Ehepartner des Versicherungsnehmers bzw. der laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebenspartner und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die mitversicherten Familienangehörigen sind auch als Alleinreisende versichert.

§ 7 Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrags, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu zahlen. Für den Versicherungsnehmer einschließlich Familienangehöriger beträgt der Grundbeitrag 28,00 EUR. Dieser erhöht sich für jede versicherte Person nach Vollendung des 70. Lebensjahres mit Wirkung für die folgenden Versicherungsjahre um 19,00 EUR. Für Personen, die zu Beginn ihrer Versicherung das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben, erhöht sich der Grundbeitrag um 50,00 EUR.

§ 8 Obliegenheiten

- (1) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind dem Versicherer auf Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Mitversicherte Familienangehörige sind bei Antragstellung anzuzeigen, Neugeborene sind nachzumelden. Die Nachmeldung von Neugeborenen muss – rückwirkend – spätestens 2 Monate nach der Geburt dem Versicherer gegenüber in Textform erfolgen. Bei einer erst später erfolgenden Nachmeldung besteht Versicherungsschutz für das Neugeborene frühestens ab Eingang der Nachmeldung beim Versicherer.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.