

ReiseMed
Tarif ARE

verwendbar
bis 30. 6. 2012

51001862
G 334 (12.11)
841920110 1112



Sicher und sorglos auf Auslandsreisen

MIT DEM LEISTUNGSSTARKEN KRANKENSCHUTZ AB 8,50 EURO PRO PERSON UND JAHR.
FÜR AUSLANDSREISEN BIS ZU 6 WOCHEN DAUER – MIT AUTOMATISCHER VERLÄNGERUNG

Der Gesundheitsversicherer der **ERGO**

Ich vertrau der DKV

Rund ums Jahr sicher ins Ausland – mit ReiseMed Tarif ARE

Der günstige Reisebegleiter für unterwegs

Andere Länder, andere Sitten. Wer im Ausland erkrankt, wird oft als Privatpatient behandelt und muss im Bedarfsfall mit entsprechend hohen Kosten rechnen. Der gesetzliche oder private Krankenversicherungsschutz deckt in der Regel nicht alle Risiken ab – ein triftiger Grund, selbst Vorsorge zu treffen. Schützen Sie sich und Ihre Reisekasse schon ab 8,50 EUR pro Jahr gegen das finanzielle Risiko unvorhergesehener Krankheitskosten.

Ihre Sicherheit im Ausland – ReiseMed Tarif ARE

- beugt Risiken vor: während des ganzen Jahres bei Auslandsreisen bis zu jeweils 6 Wochen Dauer – egal ob aus geschäftlichen Gründen oder privat.
- garantiert Versicherungsschutz bei Behandlung als Privatpatient für die Kosten
 - der ärztlichen Leistungen
 - des Krankenhausaufenthaltes
 - der Operation
 - der Arznei-, Verband- und Heilmittel
 - einer schmerzstillenden Zahnbehandlung

- übernimmt bei Einschaltung der Notrufzentrale zu 100 % die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland – auch mit dem Flugzeug.
- gilt weltweit: Tarif ARE schützt Sie überall im Ausland – also in den Ländern, in denen Sie keinen ständigen Wohnsitz unterhalten.

Diese Vorteile nehmen Sie mit

24-Stunden-Notrufservice

Bei Fragen wie z. B. Vermittlung von Ärzten und Spezialisten, Abgabe von Zahlungsgarantien bei einem stationären Krankenhausaufenthalt, Organisation und Durchführung eines Krankenrücktransportes – an jedem Ort der Welt und rund um die Uhr.

Krankenrücktransport

Mehrkosten für einen Krankenrücktransport auch ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit, wenn nach dem ärztlichen Befund eine stationäre Heilbehandlung länger als 14 Tage dauern würde.

Transportkosten

Erstattung der Transportkosten für notwendige Blutkonserven sowie lebensnotwendige Medikamente, die gestohlen wurden oder verdorben sind.

Hilfsmittel, Zahnersatz

Kostenersatz für Hilfsmittel bei unfallbedingten Erkrankungen. Erstattung für Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz sowie unfallbedingtem provisorischem Zahnersatz zu 50 % des Rechnungsbetrages, maximal insgesamt 250 EUR.

Service und Hilfe rund um die Reise – Telefon-Nr. 0 89/41 86 44 91

- Allgemeine Reiseinformationen (z. B. über länderspezifische Impf-, Gesundheits-, Devisen-, Zollbestimmungen und Klima).
- Hilfe bei Ersatzbeschaffung wichtiger Reisedokumente bei Verlust. Zur Aufbewahrung senden Sie Kopien der Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag an **almeda GmbH, Rosenheimer Straße 116 a, 81669 München**, versehen mit Ihrem Namen, Ihrer Anschrift, Versicherungsnummer und einem persönlichen Kennwort. Bitte fügen Sie einen frankierten Rückumschlag bei.
- Hilfe bei der Bargeldbeschaffung bei Verlust Ihrer Zahlungsmittel, z. B. über Ihre Hausbank, bzw. Sperrung bei Verlust Ihrer EC-/Kreditkarte/n.
- Vermittlung eines Anwalts, ggf. Gutachters bei rechtlichen Problemen.

Jetzt günstig abschließen

Sie schließen den Tarif ARE nur einmal ab – mit dem eingehafteten Versicherungsantrag (9. Seite) oder einfach online unter www.dkv.com. Der Versicherungsvertrag läuft dann ohne zusätzliche Formalitäten automatisch weiter.

Den beigehefteten Versicherungsantrag können Sie für Abschlüsse **bis zum 30. 6. 2012** benutzen.

Sie erhalten **keine gesonderte Bestätigung. Die Durchschrift des Formulars ist Ihr Versicherungsschein.** Bewahren Sie ihn sorgfältig auf. Die Versicherungsscheinnummer entnehmen Sie bitte nach erfolgtem Beitragsabruf Ihrem Kontoauszug und tragen sie im Versicherungsschein ein.

Sie erreichen uns unter dem

24-Stunden-Service-Telefon: 0 800 / 3 58 37 46 (gebührenfrei).

Wollen Sie länger als 6 Wochen ins Ausland reisen?

Bitte fordern Sie dann weitere Informationen bei uns an oder fragen Sie Ihre Betreuerin/Ihren Betreuer.

Produktinformationsblatt zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Auslandsreise-Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Versicherungsantrag bzw. dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Diese Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.

Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?

Tarifbeschreibung:

Weltweit gültige Auslandsreise-Krankenversicherung für Urlaubs- und Geschäftsreisen bis zu je 6 Wochen Dauer.

Ambulante Heilbehandlung, zahnärztliche Heilbehandlung, stationäre Heilbehandlung, Krankentransport, Rückführung, 24-Stunden-Notruf-Service.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter Nr. 12 „Unsere Tarifleistungen“ nach.

Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen?

Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Beitrag:

Für Personen

- bis 59 Jahren beträgt der Beitrag 8,50 EUR pro Jahr,
- von 60 bis 69 Jahren 17 EUR pro Jahr und
- ab 70 Jahren 34 EUR pro Jahr.

Beitragsfälligkeit:

jährlich, jeweils zum Beginn eines Versicherungsjahres.
Erstmals zum Versicherungsbeginn: siehe Versicherungsantrag.

Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragsabrufs durch uns. Kann der Erstbeitrag – aus Gründen, die Sie zu vertreten haben – von uns nicht eingezogen werden, kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande. Kann der Folgebeitrag nicht eingezogen werden, führt dies unter bestimmten Voraussetzungen zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 5 „Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?“ und Nr. 10 „Beitragszahlung“ nach.

Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Keine Leistungen erhalten Sie z. B. für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren, sowie Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 13 „Wann zahlen wir nicht?“ nach.

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Keine

Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Keine

Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Auf Anforderung ist uns jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Sämtliche Ansprüche auf Versicherungsleistungen sind innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Behandlung geltend zu machen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 17 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?“ nach.

Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsantrag eingetragenen Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Vertrages.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 7 „Wann beginnt der Versicherungsschutz?“ und Nr. 8 „Wann endet der Versicherungsschutz?“ nach.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 6 „Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?“ nach.

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300 · 50933 Köln

weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111

Sitz: Köln · Aktiengesellschaft HRB 570 · Amtsgericht Köln

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender

Rolf Bauernfeind · Jürgen Lang · Silke Lautenschläger

Dr. Hans Josef Pick

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV gehört einem Insolvenz sicherungsfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Den Beitrag können Sie dem Antrag entnehmen.

Zahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise erfolgt wie vereinbart.

Befristung Gültigkeitsdauer zur Verfügung gestellter Informationen

Die Verwendbarkeitsdauer ist bis zum 30. 06. 2012 befristet.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsantrag inkl. Einzugsermächtigung muss der DKV vor der Ausreise aus Deutschland ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben zugehen. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im Lastschriftverfahren.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn (= als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln, bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 18 05 / 786 000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./ Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des

Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Versicherungsdauer

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 12 Monaten geschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Vertragsbeendigung

Der Versicherungsvertrag kann zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch. Beschwerden können an die DKV AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, oder an die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn – gerichtet werden. Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die ERGO Versicherungsgruppe AG als zentralem Dienstleister der ERGO-Gruppe erhoben, verarbeitet und genutzt werden, die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und

Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Abgabe der Vertragserklärung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den Unterlagen gemäß VVG-Informationspflichtenverordnung überlassen wird.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die DKV, Gruppe IRB2K, 50594 Köln.

Besteht bereits Versicherungsschutz bei der DKV?

Dann tragen Sie bitte die Versicherungs-Nummer in den nebenstehenden Antrag ein. Der Beitrag wird in diesem Fall zusammen mit Ihrer bestehenden Krankenversicherung entrichtet. Der Versicherungsschein/-ausweis und die hierfür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden Ihnen separat zugehen.

Der Beitrag beträgt dann monatlich **0,70 EUR**,
nach Vollendung des **60.** Lebensjahres **1,41 EUR**,
nach Vollendung des **70.** Lebensjahres **2,84 EUR**.

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihrer Adresse oder Bankverbindung rechtzeitig mit. Postkarte mit Angabe der Versicherungsnummer genügt.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300 · 50933 Köln

DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln · Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender
Rolf Bauernfeind · Jürgen Lang · Silke Lautenschläger · Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Torsten Oletzky
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, USt-IdNr.: DE123489120
weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111

(gültig für Versicherungsabschlüsse bis zum 30.6. 2012)

Versicherungsschein-Nr.
AI / | | | | | | | | | |

Bitte entnehmen Sie Ihre komplette Versicherungs-
schein-Nummer der Mitteilung in Ihrem Kontoauszug.

Versicherungsantrag Tarif ARE

Zuname, Vorname des Antragstellers	
z. Z. ausgeübter Beruf	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Telefon	E-Mail

Ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs ARE:

Vorname, auch Antragsteller (Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht	Geburtsdatum	Jahresbeitrag*
	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>		

*) Jahresbeitrag: Bis 59 Jahre **8,50 EUR**,
60 bis 69 Jahre **17 EUR**, ab 70 Jahre **34 EUR** pro Person.

Gesamt-
beitrag | | | | | | | | | |

Versicherungs-
beginn

Tag	Monat	Jahr
01		

Agentur-Nr. | | | | | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die umseitigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen anzuerkennen und die auf der nebenstehenden Seite abgedruckte Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Kenntnis genommen zu haben. Sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum Unterschrift des Antragstellers

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

Besteht eine Versicherung bei der DKV? Wenn ja, bitte die Versicherungs-Nummer angeben:
nein ja | | | | | | | | | |

Ich bin damit einverstanden, dass der Gesamtbeitrag jeweils bei Fälligkeit von meinem Konto abgerufen wird. Ich bin auch damit einverstanden, dass der Gesamtbeitrag in monatlichen Beitragsraten abgerufen wird, wenn und solange die Versicherung nach Tarif ARE zusammen mit anderen bei der DKV bestehenden Versicherungen geführt wird. Auf dieses Konto sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Bankleitzahl

--

 Konto-Nr.

--

Unterschrift des Kontoinhabers,
falls abweichend vom Antragsteller

Geldinstitut (Name und Ort)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller – Versicherungsnehmer)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original für DKV

┌ ┌
**An die
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Gruppe IRB2K**

50594 Köln

└ └

**ORIGINAL
FÜR DIE
DKV**

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Sehr geehrter Versicherungsnehmer, im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif ARE der DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln:

1. Wer kann sich versichern?

Versichern können sich Personen,
– deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und
– die nur vorübergehend ins Ausland reisen.
Die Versicherungsfähigkeit ist auf unser Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Wir ersetzen bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (siehe Nrn. 11 und 13) dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Krankenrücktransport, siehe Nr. 12.4).

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Die Versicherung gilt für alle Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden und einen Zeitraum von sechs Wochen nicht übersteigen (siehe Nr. 8).
Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

4. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland.
Als Ausland gelten Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Benutzen Sie – abgesehen von Online-Abschlüssen – ausschließlich das für den Abschluss vorgesehene Formular (einschließlich der Einzugs-

ermächtigung); dieses muss uns vor Ausreise aus Deutschland ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben zugehen; der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im Lastschriftverfahren (siehe Nr. 10 b).

Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Dem steht gleich, wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die Sie nicht zu vertreten haben.

6. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag gilt vom vereinbarten Versicherungsbeginn an für die Dauer eines Jahres. Als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt und endet nach 12 Monaten.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch Sie oder durch uns zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird.

7. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt
– mit dem Versicherungsbeginn (siehe Nr. 6),

- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe Nr. 5) und
- nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz – soweit für das Neugeborene ein anderweitiger Versicherungsschutz im Ausland nicht besteht – ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach Tarif ARE bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt (siehe jedoch Nr. 13 f).

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

8. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes nach Absatz 1 zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits

eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn.

Der Beitrag beträgt für die versicherte Person pro Versicherungsjahr:

Alter	Beitrag
0 – 59	8,50 EUR
60 – 69	17,00 EUR
ab 70	34,00 EUR

Sobald eine versicherte Person das 60. bzw. 70. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

10. Beitragszahlung

- Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.
- Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragsabrufs durch uns.
- Kann der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag von uns nicht eingezogen werden, führt dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- 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.
- 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

- 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.

11. Was ist ein Versicherungsfall?

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 gilt auch der Tod einer versicherten Person.

12. Unsere Tarifleistungen

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

12.1 Ambulante Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) **ärztliche Leistungen**,
- b) **Arznei- und Verbandmittel**,
- c) **Hilfsmittel**,
die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden,
- d) **Heilmittel**,
das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektro-

therapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden,

e) **Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus**

durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

ersetzen wir zu 100 %.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei.

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

12.2 Stationäre Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) **ärztliche Leistungen**,
 - b) **Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung**,
 - c) **einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste**
- ersetzen wir zu 100 %.**

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

Die Einschaltung des Notrufservices ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich (weitere Informationen erhalten Sie unter Nr. 14; zur Erstattung der Telefonkosten siehe auch Nr. 12.4 e).

12.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung mit plastischem Material

ersetzen wir zu 100 %.

Außerdem ersetzen wir die folgenden Aufwendungen für:

- a) **provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz** infolge eines während des **Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles** sowie

- b) **Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz zu 50 % des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250 EUR.**

Bitte beachten Sie: Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten frei.

12.4 Sonstige Leistungen

a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (siehe auch Nr. 15).

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung

an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen ersetzen wir zu 100 %, wenn vor Durchführung des Rücktransportes bei uns bzw. bei unserem Notrufservice eine Leistungszusage (siehe Nr. 12.4 e) und Nr. 14) eingeholt wird. Sofern vor Durchführung des Rücktransportes keine Leistungszusage eingeholt wird, ersetzen wir die nachgewiesenen Mehrkosten des Rücktransportes zu 80 %.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif ARE unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung

im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000 EUR.

c) Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland können Sie zwischen Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld von 25 EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes wählen.

d) Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so erstatten wir die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestellen) bis zur versicherten Person zu 100 %.

e) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit uns bzw. mit unserem Notrufservice entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 EUR erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung nach Nr. 12.2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach Nr. 12.4 a) anfallen.

13. Wann zahlen wir nicht?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- a) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versiche-

rungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten;
- f) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit – unabhängig von Nr. 7 – auch Versicherungsschutz;
- g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- h) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Haben Sie bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Auszug aus dem 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.

14. Was tun im Schadenfall?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sollten Sie bzw. die versicherte Person unseren **Notrufservice unter der Tel.-Nr. +49 / 2 21 / 57 89 40 05** zur Beratung und Unterstützung einschalten. Erforderlich ist dies insbesondere vor einem zu erwartenden stationären Aufenthalt (siehe Nr. 12.2), damit wir Ihnen z. B. ein geeignetes Krankenhaus suchen können und Sie nicht in Vorleistung der Krankenhauskosten treten müssen. Bei Rückführung aus dem Ausland muss der Notrufservice zur Vermeidung von Leistungseinschränkungen (siehe Nr. 12.4 a) in jedem Fall eingeschaltet werden.
- Bitte senden Sie im Schadenfall Ihre Belege an die DKV in Köln.
- Reichen Sie immer Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein.
- Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Belege mit dessen Original-Erstattungsvermerk.
- Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege

sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.

- Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.
- Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

15. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) sowie
- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 12.3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder provisorisch ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen tragen.

16. Belege in fremden Sprachen

Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

17. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?

- a) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- b) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe Nr. 14) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- c) Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- d) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- e) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Bitte halten Sie sich an oben aufgeführte Vorgaben. Wir sind ansonsten mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten (siehe Punkt a–e) verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Abs. 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 Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

18. Belege in ausländischer Währung

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, 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.

19. Kosten für Überweisungen

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

20. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- a) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- b) Sie oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- c) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a) und b) genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Ob-

liegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- d) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze a) bis c) entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 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.

21. Aufrechnung

Sie können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

22. Willenserklärungen und Anzeigen

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

23. Gerichtsstand

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Auf-

enthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.

Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mithilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) regelt die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten, die Sie uns mitteilen. Danach können Daten verarbeitet und genutzt werden, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift das erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht. Sie ist auch erlaubt, wenn berechtignte Interessen der datenverarbeitenden Stelle gewahrt werden müssen und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen überwiegt, die Verarbeitung oder Nutzung auszuschließen.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf die sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung finden Sie in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu

einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz oder teilweise gestrichener Einwilligungserklärung können die Daten in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, verarbeitet und genutzt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie zum Beispiel beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, der Kranken- und der Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten, der Sie jederzeit widersprechen können.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Die DKV speichert Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag wie zum Beispiel die Adresse (Antragsdaten). Weiter erfasst die DKV zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Bankverbindung und, falls erforderlich, die Angaben eines Dritten, zum Beispiel eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben dazu und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie zum Beispiel den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer achtet ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken. Deshalb gibt die DKV in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags oder im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, stellt die DKV ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherte verpflichtet, bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Versicherungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Abwicklung des Versicherungsfalles wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören zum Beispiel frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären und um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang

oder bei Teilungsabkommen tauschen Versicherer personenbezogene Daten aus. Dabei werden Daten wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und das Risiko oder Angaben zum Versicherungsfall wie Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

4. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Die Unternehmen der einzelnen Versicherungsbranchen (zum Beispiel Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und anderen Finanzdienstleistungen (zum Beispiel Kredite, Bausparen und Kapitalanlagen) sind rechtlich selbstständig. Sie arbeiten häufig in Unternehmensgruppen zusammen, um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können.

Die Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages ist in der ERGO-Gruppe in den wesentlichen Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf zentralisiert. Mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die weisungsgebundene ERGO Versicherungsgruppe AG beauftragt. Als IT-Dienstleister ist die ITERGO Informationstechnologie GmbH für die ERGO-Gruppe tätig. Es können bei Bedarf weitere weisungsgebundene Dienstleister mit der Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben hinzugezogen werden.

Zur Kostenersparnis werden einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird zum Beispiel Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art

der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, das heißt Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sogenannten Partnerdaten wie Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl und bestehende Verträge von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise können die Unternehmen der Gruppe eingehende Post immer richtig zuordnen und bei telefonischen Anfragen sofort den zuständigen Ansprechpartner nennen. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten können dagegen nur die Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragen. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie zum Beispiel Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der ERGO-Gruppe gehören neben der ERGO Versicherungsgruppe AG zurzeit folgende Unternehmen an: die ERGO Versicherungsgesellschaften, die D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG, die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, die ERGO Direkt Versicherungsgesellschaften, die ERGO Pensionsfonds AG, die Europäische Reiseversicherung AG, die Longial GmbH, die Neckermann Versicherungsgesellschaften, die Victoria

Lebensversicherung AG und die Vorsorge Versicherungsgesellschaften. Die jeweils aktuelle Zusammensetzung können Sie im Internet unter www.ergo.de einsehen oder auf Wunsch auch jederzeit bei uns erfragen.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (zum Beispiel Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlagegesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit:
 HVB Group (derzeit: UniCredit Bank AG und Planet Home AG)
 Fondsdepot Bank GmbH
 Valovis Commercial Bank AG
 Wüstenrot Bausparkasse AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln zum Beispiel die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die Ausführungen unter Punkt 5. (Auf Wunsch stellen wir Ihnen eine aktuelle Übersicht mit den einzelnen zur ERGO-Gruppe gehörenden Unternehmen und Kooperationspartnern zu.)

5. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesem Zweck von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten wie Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (zum Beispiel Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Die DKV informiert Sie darüber, welcher Vermittler für Sie zuständig ist. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (zum Beispiel durch Kündigung des Vermittlervertrages oder

bei Pensionierung), benachrichtigt die DKV Sie über Ihren neuen Ansprechpartner.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Wünschen Sie Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung über bzw. der beim Rückversicherer gespeicherten Daten, wenden Sie sich stets an Ihren Versicherer.

Information zur Bonitätsprüfung

1. Der Versicherer nutzt Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers und Versicherungsnehmers zu überprüfen, um Kosten – insbesondere für die Gemeinschaft unserer Kunden – zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Versicherungsnehmers entstehen. Der Versicherer holt diese Auskunft selbst ein oder bedient sich dazu einer Auskunft (wie zum Beispiel Bürgel, Infocore, Creditreform). Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers oder Versicherungsneh-

mers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben.

- Zur Einschätzung des Risikos von künftigen Zahlungsausfällen erstellt eine Auskunft für den Versicherer eine Prognose zur Einschätzung des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers. Dazu wird von der Auskunft auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren ein Scorewert gebildet, welcher dem Versicherer eine Einschätzung hinsichtlich des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers ermöglicht. Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben.
- Nach dem Bundesdatenschutzgesetz haben Sie einen Anspruch darauf, auf Antrag über alle zu Ihrer Person gespeicherten Daten und ihre Herkunft sowie über die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die die Daten weitergegeben werden, und den Zweck der Speicherung informiert zu werden. Der Anspruch besteht sowohl gegenüber uns als Versicherer als auch gegenüber den von uns eingeschalteten Auskunfteien. Die Auskünfte erhalten Sie beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten des Versicherers und der entsprechenden Auskunft.

Scorewerte beziehen wir zurzeit bei folgender Auskunft: – InfoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Tel.: 0 72 21 / 50 40 16 78

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

Telefon 0 800 / 3 58 37 46 (gebührenfrei)*

Telefax 0 18 05 / 78 60 00 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; maximal 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

*oder aus dem Ausland +49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com