

A close-up photograph of a person's hand holding the handle of a silver, hard-shell suitcase. The person is wearing a grey, textured skirt. The background is a blurred, light-colored floor with dark lines, suggesting an airport or travel setting.

VollMed  
Tarif AS 2 B/S  
verwendbar  
bis 30. 06. 2012

51001868  
G 345 (10.11)

# Fühlen Sie sich bei uns wie zu Hause

MIT TARIF AS 2 – DEM FLEXIBLEN REISE-KRANKENSCHUTZ FÜR ALLE, DIE IN DEUTSCHLAND BIS 12 MONATE UNTERWEGS SIND UND IHREN WOHNSTZ IM AUSLAND HABEN.

Der Gesundheitsversicherer der **ERGO**

*Ich vertrau der DKV*

## Reise oder längerer Aufenthalt? So individuell wie Sie

Das Risiko einer Erkrankung oder eines Unfalls fährt mit. Gerade bei längeren Touren bedeutet ein leistungsfähiger Versicherungsschutz viel persönliche Sicherheit – und spart Zeit und Nerven. Mit dem Tarif AS 2 treffen alle, die in Deutschland bis zu 12 Monaten unterwegs sind und ihren Wohnsitz im Ausland haben, umfassende Vorsorge: für Reisen im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und für kurzfristige Unterbrechungen auch darüber hinaus.

### Sichern Sie sich Ihre Flexibilität

Der Tarif AS 2 bietet Ihnen weit reichenden Versicherungsschutz für medizinische Leistungen, den Sie an Ihre persönlichen Bedürfnisse anpassen können. Denn bei einer Reise-Krankenversicherung nach Tarif AS 2 treffen Sie die Entscheidung: über die Dauer Ihres Versicherungsschutzes und die gewünschte Leistungsstufe.

Ein flexibler Reise-Krankenschutz, der den Bedürfnissen jedes Einzelnen gerecht wird – mit den individuellen Vorteilen des Tarifs AS 2 ist das problemlos möglich:

#### – Zeitlich:

Ihren Reise-Krankenschutz können Sie für die Dauer von 1 bis 12 Monaten abschließen – je nachdem, wie lange Sie in Deutschland unterwegs sind.

#### – Räumlich:

Wenn Sie Ihren Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland für eine Reise in ein Land des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder die Schweiz unterbrechen, besteht Ihr Versicherungsschutz auch dort weiter – für bis zu sechs Wochen während der Vertragsdauer.

#### – Flexibel:

Der Tarif AS 2 B/S lässt sich wahlweise in der Basis- (AS 2 B) oder Superstufe (AS 2 S) abschließen, ganz nach gewünschtem Leistungsumfang – und das ohne Höchsteintrittsalter.

# Ihre Vorteile mit Tarif AS 2 B/S

## Ambulante Heilbehandlung, Entbindung

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen
  - im Rahmen der Regelhöchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

- in der Superstufe im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel bis zum 2,5fachen Gebührensatz der GOÄ
- Hilfsmittel nach einem Unfall
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall

- in der Superstufe zusätzlich Psychotherapie bis zu 20 Sitzungen

Lediglich für Psychotherapie besteht eine Wartezeit von 8 Monaten.

## Zahnärztliche Heilbehandlung

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- schmerzstillende Zahnbehandlung sowie Zahnfüllungen mit plastischem Material im Rahmen der Regelhöchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

- in der Superstufe im Rahmen der Höchstsätze der GOZ

50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- provisorischen Zahnersatz nach einem Unfall sowie Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz
- insgesamt bis zu 250 EUR

- in der Superstufe Zahnersatz nach einem Unfall sowie Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz – insgesamt bis zu 1.000 EUR

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien werden zu dem Erstattungsprozentsatz der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistungen ersetzt.

### Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- allgemeine Krankenhausleistungen
- belegärztliche Leistungen im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ
- in der Superstufe werden beleg- und wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ und Unterkunftszuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer erstattet.
- einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste

**Sie erreichen uns telefonisch unter dem**

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

### Krankenrücktransport

- Bei Einschaltung der Notrufzentrale 100 % der Mehrkosten einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung ins Heimatland, auch mit dem Flugzeug.
- Mehrkosten für einen Krankenrücktransport bis 500 EUR auch ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit, wenn nach ärztlichem Befund eine stationäre Heilbehandlung länger als 14 Tage dauern würde.

### Leistungen im Todesfall

Überführungskosten an den Heimatwohnsitz bis zu 10.000 EUR.

### Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung wahlweise Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen oder Krankenhaustagegeld von 25 EUR/Tag.

### Telefonkosten

Ersatz der bei Kontaktaufnahme mit dem Notrufservice entstandenen Telefonkosten pauschal und ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 EUR.

# Jetzt günstig abschließen

Sie können Ihren Reise-Krankenschutz mit dem eingelebten Einzahlungsvordruck abschließen, wenn Sie einen ständigen Wohnsitz außerhalb Deutschlands haben.

Der Gesamtbeitrag ist in einer Summe zu zahlen. Rechenbeispiele für Ihren Beitrag finden Sie neben dem Einzahlungsvordruck.

Der Reise-Krankenschutz gilt für den Aufenthalt in Deutschland für 1 bis 12 Monate. **Der Versicherungsvertrag beginnt mit dem Tag der Einreise** und endet spätestens 12 Monate nach der Einreise in Deutschland.

Verwenden Sie bitte für den Abschluss ausschließlich den eingelebten Einzahlungsvordruck. Dieser ist bis zum **30. 06. 2012** verwendbar.

## Sie wollen sich länger in Deutschland aufhalten?

Die DKV bietet Ihnen auch für längere Aufenthalte in Deutschland den passenden Schutz. Fordern Sie Informationen bei uns an oder fragen Sie Ihre Betreuerin / Ihren Betreuer.

**Sie erreichen uns telefonisch unter dem 24-Stunden-Service-Telefon: 0 800 / 3 58 37 46 (gebührenfrei)**

Ihr 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 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?

Die angebotene Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.

## Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?

### Tarifbeschreibung:

**Auslandsreise-Krankenversicherung für Personen mit ständigem Wohnsitz außerhalb Deutschlands, die sich für 1–12 Monate in Deutschland aufhalten.**

Ambulante Heilbehandlung, zahnärztliche Heilbehandlung, stationäre Heilbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Rückführung, Krankentransport, 24-Stunden-Notruf-Service.

Möchten Sie mehr zu dem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter Nr. 4 „Welche Leistungen beinhalten die Tarifstufen AS2 B und AS2 S?“ nach.

## Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

### MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

Eintrittsalter*	Tarif AS 2 S		Tarif AS 2 B	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0–19	118,47	118,47	91,14	91,14
20–64	111,34	186,53	79,92	126,42
65–74	251,40	279,53	193,36	192,78
ab 75	370,83	394,64	285,25	272,17

\* Differenz zwischen Geburts- und Beginnjahr

### Beitragsfähigkeit:

Der Gesamtbeitrag ist in einer Summe spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu entrichten. Für Versicherungsfälle, die vor Zahlung des Beitrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 5 „Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?“ und Nr. 7 „Was ist bei der Beitragszahlung zu berücksichtigen?“ nach.

### **Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?**

Keine Leistung erhalten Sie z. B. für Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder für der versicherten Person bei Abschluss des Versicherungsvertrages bekannte chronische Krankheiten bzw. Anomalien und jeweilige Folgen sowie für Folgen von Krankheiten, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsbeginn behandelt wurden oder behandlungsbedürftig waren.

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?**

Wird für eine versicherte Person ein Krankheitskostenversicherungsvertrag für den gleichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland bei uns oder einem weiteren Versicherer abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten. Bei der Verletzung dieser Pflicht sind wir bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit zur Kündigung berechtigt und unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 15 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten und bestehen davon unabhängig weitere Anzeigepflichten?“ nach.

### **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 Heilbehandlung 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. 15 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten und bestehen davon unabhängig weitere Anzeigepflichten?“ nach.

### **Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor Einreise der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 10 „Wann beginnt der Versicherungsschutz?“ und Nr. 11 „Wann endet der Versicherungsschutz?“ nach.

### **Wie kann der Vertrag beendet werden?**

Der Versicherungsvertrag endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 8 „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 Aufsichtsrats: 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 Insolvenzschutzfonds 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 ebenfalls den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Versicherungsschein entnehmen.

## Zahlungsmodalitäten

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Der Gesamtbeitrag für den beantragten Zeitraum ist in einer Summe spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu entrichten.

## Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages (Einzahlungsvordruck) durch den Versicherten zustande. Wird die Versicherung mit dem beigefügten und gültigen Einzahlungsvordruck beantragt und erfolgt die Beitragszahlung über ein in der Bundesrepublik Deutschland befindliches Postamt oder Kreditinstitut, so gilt der Vertrag mit dem Tage der Zahlung des Beitrages als zustande gekommen (vgl. auch Nr. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor Einreise der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet.

## 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/Versicherungsausweis, 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), 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

Die Versicherung kann für eine Mindestdauer von 1 Monat bis zu einer Höchstdauer von 12 Monaten abgeschlossen werden.

### Vertragsbeendigung

Der Vertrag endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Aufenthaltes in Deutschland.

### 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.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Reise-Krankenversicherung nach Tarif AS 2 B (Basis) und AS 2 S (Super) der DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln:

Hinweis: Die beiden Tarifstufen unterscheiden sich durch ein unterschiedliches Leistungsspektrum (s. Nr. 4) und unterschiedliche Beiträge (s. Nr. 6). Ansonsten sind die Bestimmungen identisch.

## 1. Wer kann sich versichern?

Versichern können sich Personen,

- deren ständiger Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland liegt und
- die nur vorübergehend nach Deutschland 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 für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Wir ersetzen bei einem eintretenden Versicherungsfall (s. Nrn. 12 und 13) entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Krankenrücktransport, siehe Nr. 4.4).

Für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

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

## 3. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland.

Wird ein Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland zum Zwecke einer Reise in ein Land des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder die Schweiz unterbrochen, so besteht auch dort Versicherungs-

schutz für maximal sechs Wochen während der Vertragsdauer.

## 4. Welche Leistungen beinhalten die Tarifstufen AS 2 B und AS 2 S?

Hinweis: Um Ihnen eine schnelle Übersicht über die je nach Tarifstufe erstattungsfähigen Aufwendungen zu gewährleisten und die Leistungsunterschiede zu verdeutlichen, haben wir bei der Leistungsbeschreibung die folgenden Symbole verwendet:

das ist versichert

das ist nicht versichert

Die Leistungsbeschreibungen, die nicht durch diese Symbole gekennzeichnet sind, gelten für beide Tarife.

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

### Für ambulante und stationäre Heilbehandlung gilt:

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich aus der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder

die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener

schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.

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

#### 4.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

	Tarif AS 2 B	Tarif AS 2 S
a) ärztliche Leistungen, einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen analog den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze <sup>1</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Geburtshilfe durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger, (vgl. jedoch Nr. 13 i),	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) ambulante Vor- und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger bis zu einem Betrag von 200 EUR, (vgl. jedoch Nr. 13 i),	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Arznei- und Verbandmittel (hierzu zählen nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze),	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung, die erstmals aufgrund eines während der Versicherungsdauer eingetretenen Unfalls erforderlich werden,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f) Heilmittel (das sind: physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E der GOÄ wie z. B. Wärmebehandlung, Elektrotherapie, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden), soweit die Aufwendungen den 2,5fachen Gebührensatz der GOÄ nicht übersteigen,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h) Psychotherapie bis zu 20 Sitzungen nach einer Wartezeit von acht Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn, soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt haben	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ersetzen wir zu 100 %, sofern nach der gewählten Tarifstufe Versicherungsschutz besteht.

- Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- Leistungen des Heilpraktikers können nicht in Anspruch genommen werden.
- Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächsterreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

<sup>1</sup> Das sind die Sätze, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

## 4.2 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

	Tarif AS 2 B	Tarif AS 2 S
a) <u>belegärztliche<sup>2</sup> (nicht wahlärztliche<sup>3</sup>) Leistungen soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,</u> wahlärztliche <sup>3</sup> und belegärztliche <sup>2</sup> Leistungen soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Geburtshilfe durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger (vgl. jedoch Nr. 13 i),	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) <u>Allgemeine Krankenhausleistungen,</u> Unterkunftszuschlag Zwei- oder Einbettzimmer,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d) einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<sup>2</sup> Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

<sup>3</sup> Gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte.

ersetzen wir zu 100 %, sofern nach der gewählten Tarifstufe Versicherungsschutz besteht.

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die o. g. Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Bestimmungen entsprechend. Teilstationäre Heilbehandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.

### 4.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

	Tarif AS 2 B	Tarif AS 2 S
a) zahnärztliche Leistungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
zur schmerzstillenden Behandlung im Mund- und Zahnbereich sowie Zahnfüllung mit plastischem Material	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
werden zu 100 % ersetzt, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werden zu 100 % ersetzt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOZ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
provisorischen Zahnersatz nach einem Unfall sowie Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz werden zu 50 %, insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 250 EUR ersetzt,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz nach einem Unfall sowie Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz werden zu 50 %, insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 1000 EUR ersetzt,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien werden zu dem Erstattungsprozentsatz der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistung ersetzt.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen und Reparaturen.
- Die unter a) und b) genannten Regelungen gelten auch, wenn die Leistungen von einem Arzt oder während einer stationären Krankenhausbehandlung ausgeführt worden sind.

### 4.4 Sonstige Leistungen

Tritt der Versicherungsfall in Deutschland oder in einem in Nr. 3 genannten Land ein, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat, besteht Versicherungsschutz für Rückführung, Überführung des Verstorbenen sowie Bestattung unter folgenden Bedingungen:

#### a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung in das Land des ständigen Wohnsitzes erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr in das Land des ständigen Wohnsitzes zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus im Land des ständigen Wohnsitzes außerhalb der Bundesrepublik 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 (s. Nr. 4.4 d 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 bis 500 EUR, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif AS 2 (B oder S) unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

b) Todesfall

Stirbt die versicherte Person während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem unter Nr. 3 genannten Land, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz, bei Einäscherung in den genannten Ländern auch die

Überführung der Urne oder im Falle einer Beisetzung in den genannten Ländern die entstandenen Bestattungskosten bis maximal 10.000 EUR.

c) Krankenhaustagegeld

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

d) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme aus dem Ausland mit unserem Notrufservice entstehen, werden insgesamt pauschal und ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 EUR ersetzt, wenn sie anlässlich einer stationären Behandlung nach Nr. 4.2 bzw. einer Rückführung nach Nr. 4.4 a anfallen.

5. **Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?**

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages (Einzahlungsvordruck) durch uns zustande.

Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und

die Dauer des Versicherungsvertrages, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält.

Wird die Versicherung auf dem von uns vorgesehenen und gültigen Einzahlungsvordruck beantragt und erfolgt die Beitragszahlung über ein in der Bundesrepublik Deutschland befindliches Postamt oder Kreditinstitut, so gilt der Vertrag – sofern der ordnungsgemäß ausgefüllte Antrag bei uns eingegangen ist bzw. sofern die Daten des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages im Datenträgeraustausch vollständig an uns übermittelt wurden – mit dem Tage der Zahlung des Beitrages als zustande gekommen.

6. **Was kostet der Versicherungsschutz?**

Der Beitrag beträgt für die versicherte Person pro Monat:

Eintrittsalter	Tarif AS 2 B EUR		Tarif AS 2 S EUR	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0–19	91,14	91,14	118,47	118,47
20–64	79,92	126,42	111,34	186,53
65–74	193,36	192,78	251,40	279,53
ab 75	285,25	272,17	370,83	394,64

### 7. Was ist bei der Beitragszahlung zu berücksichtigen?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der **Gesamtbeitrag** für den beantragten Zeitraum ist in **einer Summe** spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5) zu entrichten.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

### 8. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag kann für eine Mindestdauer von einem Monat bis zu einer Höchstdauer von 12 Monaten abgeschlossen werden. Der Versicherungsbeginn muss **der erste Tag des Aufenthaltes** in der Bundesrepublik Deutschland sein.

Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Das Versicherungsverhältnis endet auch

#### a) mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

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

#### b) mit der Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, jedoch frühestens mit Ablauf des ersten Monats nach Versicherungsbeginn. Beendet nur eine der versicherten Personen den Auslandsaufenthalt, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Eine Verlängerung der Versicherung ist **nur einmal** und nur bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von 12 Monaten möglich. Wenn Sie eine Verlängerung wünschen, zahlen Sie den Verlängerungszeitraum entsprechend zu zahlenden **Gesamtbeitrag in einer Summe** – unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer – ein.

### 9. Gibt es Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nur für Psychotherapie bei Versicherungen nach dem Tarif AS 2 S. Sie rechnen vom Versicherungsbeginn an und betragen acht Monate.

### 10. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn (s. Nr. 8), jedoch

- nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5),
- nicht vor Einreise der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland und
- nicht vor Ablauf der Wartezeiten (s. Nr. 9).

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens einen Monat nach Tarif AS 2 B oder AS 2 S bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz des Kindes darf dabei nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet.

### 11. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus, solange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

### 12. 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 gelten auch Entbindung (vgl. jedoch Nr. 13 i) und Tod.

### 13. Wann zahlen wir nicht?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- a) Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) der versicherten Person bei Abschluss des Versicherungsvertrages bekannte chronische Krankheiten bzw. Anomalien und jeweilige Folgen sowie für Folgen von Krankheiten, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsbeginn behandelt wurden oder behandlungsbedürftig waren;
- c) Todesfälle, die auf die in Buchstabe b genannten Krankheiten bzw. Unfälle zurückzuführen sind;
- d) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – 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 Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- e) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- f) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsauschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

- h) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- i) 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 auch Versicherungsschutz;
- j) Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß vergütet;
- k) 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.

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

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 kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person unsere Notrufzentrale, **unter 0 800 / 3 58 37 46** (gebührenfrei), zur Beratung und Unterstützung in Fragen der Leistungsabwicklung einschalten. Bei Rückführung muss der Notrufservice zur Vermeidung von Leistungseinschränkungen (s. Nr. 4.4 a) in jedem Fall eingeschaltet werden.
- Bitte senden Sie im Schadenfall Ihre Belege sowie den Versicherungsschein (Einzahlungsbeleg) 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; die dafür berechneten Kosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen. Wir

können den Nachweis der vorherigen Bezahlung verlangen.

- 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 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 Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten und bestehen davon unabhängig weitere Anzeigepflichten?

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich, nach Möglichkeit innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Es genügt eine Meldung an die

- Notrufzentrale **unter 0 800 / 3 58 37 46** (gebührenfrei).
- b) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
  - c) 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.
  - d) Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
  - e) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
  - f) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
  - g) Wird für eine versicherte Person ein Krankheitskostenversicherungsvertrag für den gleichen Aufenthalt in

der Bundesrepublik Deutschland bei uns oder bei einem weiteren Versicherer abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten 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 Nr. 15 a bis g) verletzt wird.

Wird die in Nr. 15 g genannte Obliegenheit verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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**

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem

er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

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

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

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

#### 16. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

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

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen der Name der versicherten Person, 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. 4.3 muss

die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen enthalten.

#### 17. Belege in fremder Sprache

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

#### 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.

Kreditkarten- und Bankgebühren sind nicht erstattungsfähig.

#### 19. Was geschieht, wenn Kosten für Überweisungen entstehen?

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen

können – mit Ausnahme auf ein Konto in der Bundesrepublik Deutschland – 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

gen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung 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 auf Grund 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. Wann können Sie aufrechnen?**

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

#### **22. Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrück-

lich Textform vereinbart ist.

#### **23. Gerichtsstand**

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt 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 mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft 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 berechnete 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 auszuschießen.

## 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 teil-

weise 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 übernomme-

nen 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](http://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:  
HypoVereinsbank-Gruppe  
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, Infoscore, Creditreform). Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers oder Versicherungsnehmers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben.
2. 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.

3. 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)

service@dkv.com, www.dkv.com

Füllen Sie bitte die Überweisung, den Zahlschein, nach unserem Beispiel aus. Bitte verwenden Sie nur den eingeklebteten Vordruck zum Überweisen oder zur Bareinzahlung.

Überweisung/Zahlschein	
Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts	Bankleitzahl
Den Vordruck bitte nicht beschädigen, knicken bestempeln oder beschmutzen.	
Begünstigter: Name, Vorname / Firma (max. 27 Stellen) <b>DKV Deutsche Krankenv. AG</b>	
Konto-Nr. des Begünstigten <b>6664509</b>	Bankleitzahl <b>37010050</b>
Kreditinstitut des Begünstigten <b>Postbank Köln</b>	
Betrag: Euro, Cent <b>EUR 758,52</b>	
Lfd. Versicherungsnummer <b>Z S 9 6</b>	B/S Einreise Tag/Monat/Jahr Reisedauer Vorname W/M <b>BIT 01/11 06 MARTHW</b>
Zu versichernde Person Geburts-Tag -Monat -Jahr <b>12 06 86</b>	Agentur-Nr. <b>X X X X X X X X X X X X</b>
Kontoinhaber/Einzahler: Name, Vorname/Firma = Versicherungsnehmer <b>WOHLGEMUTH CHRISTIAN</b>	
Konto-Nr. des Kontoinhabers <b>41582300</b>	Betragswiederholung: EUR, Cent (Ausführung freigestellt) <b>18</b>
Datum, Unterschrift	

**Bei Bareinzahlung: Lassen Sie sich den eingezahlten Betrag auf der Rückseite des Versicherungsscheins quittieren!**

Alle erforderlichen Angaben tragen Sie bitte gut lesbar in Großbuchstaben in die vorgesehenen Felder ein:

- Symbol „B“ = Basisstufe
- Symbol „S“ = Superstufe
- „Einreise“ = Tag/Monat/Jahr
- „Reisedauer“ = Monat/e, zum Beispiel 01, 06 oder 10
- „zu versichernde Person“ =
  - Vorname (nur die ersten 5 Buchstaben)
  - Symbol „W“ = weibliche Person,
  - Symbol „M“ = männliche Person,
  - Geburtstag, -monat und -jahr.

Bitte schreiben Sie nichts außerhalb der vorgesehenen Kästchen!

**Beispiel 1:** Geburtsjahr 1979, Beginnjahr 2011, Alter 32 Jahre, männlich, Tarif AS 2 S (Superstufe) – Monatsbeitrag (111,34 EUR) x Monate-Reisedauer (10) = 1.113,40 EUR

**Beispiel 2:** Geburtsjahr 1963, Beginnjahr 2011, Alter 48 Jahre, weiblich, Tarif AS 2 B (Basisstufe) – Monatsbeitrag (126,42 EUR) x Monate-Reisedauer (6) = 758,52 EUR

**Beispiel 3:** Geburtsjahr 1993, Beginnjahr 2011, Alter 18 Jahre, weiblich, Tarif AS 2 S (Superstufe) – Monatsbeitrag (118,47 EUR) x Monate-Reisedauer (8) = 947,76 EUR

Bitte tragen Sie den Gesamtbeitrag (z. B. 758,52 EUR aus Beispiel 2) in das Feld „Betrag“ ein. Zur Kontrolle können Sie diesen Betrag im Feld „Betragswiederholung“ nochmals nennen. Möchten Sie weitere Personen versichern, so fordern Sie einfach zusätzliche Überweisungsvordrucke an.

**Wir bestätigen, dass wir Ihre Daten vertraulich behandeln und nur für interne Zwecke speichern.**

Bitte mit Kugelschreiber  
ausfüllen und kräftig  
aufdrücken.

# Überweisung/Zahlschein

Den Vordruck bitte nicht  
beschädigen, nicht knicken  
oder beschmutzen.

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

Begünstigter: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

DKV Deutsche Krankenv. AG

Konto-Nr. des Beauftragten

6664509

Bankleitzahl

370100

Kreditinstitut des Beauftragten

Postbank Köln

EUR

Betrag: Euro, Cent

Lfd. Versicherungs-

Einreise Tag/Monat/Jahr

Reisedauer

Vorname

W/M

Z

S

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers  
Geburtsmonat

Agentur-Nr.

X X X X X X X X X X X X

Kontoinhaber: Name, Vorname/Firma = Versicherungsnehmer

Konto-Nr. des Kontoinhabers

Betragswiederholung: EUR, Cent (Ausführung freigestellt)

18





