

Rund um's Jahr sicher ins Ausland – mit 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 8,00 EUR pro Jahr gegen das finanzielle Risiko unvorhergesehener Krankheitskosten.

Ihre Sicherheit im Ausland – 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 bis 500 EUR 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 unfallbedingten provisorischen 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 **Mercur Assistance Deutschland GmbH, Vogelweidestr. 3, 81677 München**, versehen mit Ihrem Namen, 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 eingelebten Versicherungsantrag (9. Seite). Der Versicherungsvertrag läuft dann ohne zusätzliche Formalitäten automatisch weiter.

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 telefonisch unter dem

24-Stunden-Notruf-Service: 0 18 01 / 358 222 (3,9 ct/Min.
aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

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.

Sonderkondition

Den Beitragsnachlass gewähren wir AOK-Versicherten (Ausnahme: Versicherte der AOKs Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen) nur solange wie dies im Rahmen der Kooperation im Sinne des § 194 Sozialgesetzbuch V zwischen den DKV und meiner derzeitigen gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die DKV im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, 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 zu den selben Zwecken 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 – für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass 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 an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Gestaltung des Krankenversicherungsvertrages erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragsstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Zusatzklärung

Ich willige ein, dass die DKV meiner AOK zur Speicherung und Nutzung Angaben aus meinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zu Art, Wechsel und Ende des Versicherungstarifes sowie zur Abwicklung gemeinsam bearbeiteter Versicherungsfälle mitteilt. Zusätzlich willige ich ein, dass meine AOK (bei Kassenwechsel einschließlich der AOK, bei der ich zuletzt versichert war) dem Versicherer regelmäßig Auskunft über Bestehen bzw. Ende meiner Krankenversicherung gibt.

Den beigehefteten Versicherungsantrag können Sie für Abschlüsse bis zum 31. 12. 2008 benutzen. Bitte senden

Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die DKV, Gruppe IKPB, 50594 Köln.

Wichtig: Die Beiträge werden im Lastschriftverfahren von Ihrem Girokonto abgebucht. Andere Zahlungsarten sind bei Tarif ARE nicht möglich. Die Abrufermächtigung gilt als Beitragszahlung, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Einzelheiten über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den in diesem Prospekt abgedruckten Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich den Tarifleistungen für Tarif ARE und dem Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

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

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. Ein Nachtrag zum Versicherungsschein/-ausweis und die hierfür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden Ihnen separat zugehen.

Der Beitrag beträgt dann monatlich **0,66 EUR**, nach Vollendung des **60. Lebensjahres 1,33 EUR**, nach Vollendung des **70. Lebensjahres 2,66 EUR**.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,
im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen
Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Auslandsreise-Krankenversicherung nach
Tarif ARE der DKV Deutsche Krankenversi-
cherung 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 unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall 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-

mächtigung); 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 | 8,00 EUR |
| 60 – 69 | 16,00 EUR |
| ab 70 | 32,00 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 i. V. m.

§ 194 Abs. 2 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn

sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss.

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 auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden,

d) Heilmittel,

das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektrophysiotherapie), 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 anerkannten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste
- ersetzen wir zu 100 %.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ist von der versicherten Person das nächsterreichbare, im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhaus aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

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 bis 500 EUR, 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 Abgabestelle) 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 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 oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

- c) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch die aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind;
- 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, 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.

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.

14. Was tun im Schadenfall?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sollten Sie bzw. die versicherte Person unseren

Notrufservice (unter Tel.-Nr. 0 18 01/358 222 (3,9 ct/Min.¹)) 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 DKKV 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.

(¹ aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

- 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?

- Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist unverzüglich nach der Beendigung der Behandlung geltend zu machen.
- 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.
- Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 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

- 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.
- 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.

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

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 Obliegenheit 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 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. 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 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 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 berechtigte 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 z. B. 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.

Zusätzliches Einverständnis

Bei Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nach § 194 Abs. 1a SGB V ist eine Übermittlung von Daten durch die gesetzliche Krankenkasse an die DKV nur mit Zustimmung des Betroffenen erlaubt. Der Antrag enthält deshalb folgende Einverständniserklärung:

Ich willige ein, dass der Versicherer meiner GKV zur Speicherung und Nutzung Angaben aus meinen

Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zu Art, Wechsel und Ende des Versicherungstarifes sowie zur Abwicklung gemeinsam bearbeiteter Versicherungsfälle mitteilt. Zusätzlich willige ich ein, dass meine GKV (bei Kassenwechsel einschließlich der GKV, bei der ich zuletzt versichert war) dem Versicherer regelmäßig Auskunft über Bestehen bzw. Ende meiner Krankenversicherung gibt.

Damit wird erreicht, dass die Anspruchsvoraussetzungen für die ermäßigten Beiträge auf einfache Weise geprüft werden können und die Versicherten von Ihrer GKV beraten werden können.

Diese Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Im Übrigen 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 Bei-

spiel 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 Versicherungsfalls wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören zum Beispiel frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abge-

lehnte 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 Namen und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und das Risiko oder Angaben zum Versicherungsfall wie Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Versicherungsfalles kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und getrennt davon für die Sparte Krankenversicherung beim Verband der Privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. 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.

Dabei zentralisieren sie einzelne Bereiche wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. Dadurch können die Unternehmen Kosten sparen. Sie speichern Ihre Adresse nur einmal, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. Auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, das heißt Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden zentral gesammelt. Dabei sind die so genannten 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 zuständige 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 z. Zt. insbesondere die D.A.S. Versicherungsgesellschaften, die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, die Hamburg-Mannheimer Versicherungsgesellschaften und die VICTORIA Versicherungsgesellschaften an. Die jeweils aktuelle Zusammensetzung können Sie im Internet unter www.ergo.de oder auf Wunsch auch jederzeit bei uns erfragen.

6. Datenübermittlung bei Kooperationen nach § 194 Abs. 1a SGB V

Gesetzliche Krankenkassen dürfen seit dem 01. 01. 2004 den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln (§ 194 Abs. 1a SGB V). Gegenstand dieser Verträge können insbesondere Zusatzkrankenversicherungen oder Auslandsreise-Krankenversicherungen sein. Zu diesem Zweck kooperieren gesetzliche Krankenkassen als GKV-Kooperationspartner mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die bei einem GKV-Kooperationspartner der DKV nach

§ 194 Abs. 1a SGB V gesetzlich krankenversicherten Personen erhalten bei Abschluss einer privaten Zusatzversicherung bei der DKV Sonderkonditionen, z. B. einen Nachlass auf den Versicherungsbeitrag. Diese Vergünstigungen werden den Versicherten von der DKV nur für die Dauer der Versicherung bei dem GKV-Kooperationspartner gewährt. Die DKV benötigt daher Angaben, aus denen sich das Bestehen und die Beendigung einer Versicherung bei dem GKV-Kooperationspartner zweifelsfrei ergibt. Diese Angaben werden der DKV – soweit erforderlich – vom GKV-Kooperationspartner mitgeteilt.

7. Betreuung durch Versicherungsvermittler

DKV-Vermittler betreuen Sie in Ihren Versicherungsangelegenheiten. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Zu diesem Zweck erhält der Vermittler 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.

8. 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.



Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und mit der gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern nach der von bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.