DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ReiseMed Tarif RD

AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsfall und Leistungen

1. Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert? 1
2. Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten? 5
3. An wen und wann zahlen wir die Leistung? 6

Vertrag und Beitrag

4. Wann beginnt der Versicherungs-Schutz? 6
5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? 6
6. Wie kann der Vertrag gekündigt werden? Wann endet der Vertrag? 7

Weitere Regelungen

7. Was gilt für Mitteilungen?
8. Was gilt bei einer Änderung Ihrer Anschrift? 8
9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden? 8
10. Welches Recht gilt? Welches Gericht ist zuständig? 8
11. Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern? 9
12. Wann verjähren die Ansprüche? 9

Allgemeines

Wir sind die DKV Deutsche Krankenversicherung AG. Sie sind unser Vertragspartner. Also der Versicherungs-Nehmer. Wenn Sie selbst versichert sind, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Es können auch andere Personen (mit)versichert sein. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte. Wir verwenden hierbei die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Schreibweise. Mit unserer Kranken-Versicherung sind Sie bei Reisen im Ausland versichert. Sie können so oft verreisen, wie Sie möchten. Bei jeder Reise besteht Schutz für die Dauer von bis zu 8 Wochen. Wenn Sie länger verreisen, besteht Schutz für die ersten 8 Wochen. Näheres finden Sie in Ziffer 1.5.

Sie können zwischen der Einzel- und Familienversicherung wählen. Näheres finden Sie in Ziffer 1.4.

Notfälle können Sie rund um die Uhr telefonisch melden. Details finden Sie in der Anlage zu den Bedingungen auf Seite 10.

Die folgenden Bedingungen beschreiben den Vertragsinhalt.

Versicherungsfall und Leistungen

1. Welche Leistungen erbringen wir? Was ist nicht versichert?

1.1 Versicherungsfall:
Wir leisten,

- für die medizinisch notwendige Heilbehandlung eines Versicherten wegen
  - Krankheit oder Unfallfolgen,
  - Schwangerschaftskomplikationen,
  - Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche,
  - Fehlgeburten und medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen

- bei Tod eines Versicherten

während der Reise im Ausland.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

1.2 Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten Länder, in denen der Versicherte einen

- ständigen Wohnsitz oder
- gewöhnlichen Aufenthalt

hat.

Deutschland gilt nicht als Ausland.

1.3 Versicherungsfähig sind Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt bei Abschluss der Versicherung in Deutschland liegt. Die Versicherungsfähigkeit endet für

- Sie bzw.
- den Versicherten

mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb

- der Europäischen Union (EU) oder
- der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

1.4 Bei der Einzelversicherung sind die namentlich im Versicherungs-Schein genannten Personen versichert.

Bei der Familienversicherung sind

- Sie und
- Ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Ehe- oder Lebenspartner

versichert.

Mitversichert sind auch

- Ihre und
- dessen

minderjährige Kinder. Zu den Kindern zählen auch

- Stiefkinder,
- Adoptivkinder und
- Pflegekinder.

Für ein neugeborenes Kind besteht Schutz unter den Voraussetzungen der Ziffer 4.3.

In der Familienversicherung gilt: Vollendet ein mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr, führen wir dessen Versicherung als Einzelversicherung fort. Es gilt der dann gültige Beitrag. Dies gilt nur, wenn

- uns das Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres mit
  - Name und
  - Geburtsdatum

  gemeldet wurde und
- wir Ihnen die Mitversicherung des Kindes durch eine gesonderte Mitteilung bestätigt haben.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, gilt: Die Versicherung eines mitversicherten Kindes endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

1.5 Versicherungs-Schutz besteht für die ersten 8 Wochen jeder Auslandsreise. Er endet mit Ablauf der 8. Woche eines Aufenthalts im Ausland. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die bei Ablauf des Schutzes noch andauern. Dauert ein leistungspflichtiger Versicherungsfall bei Beendigung noch an, gilt: Wir leisten bei nachgewiesener Transportunfähigkeit weiter. Wir leisten dann bis die Transportfähigkeit wieder hergestellt ist.

1.6 **Wir leisten** für von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden. Dies gilt auch für Arzneimittel. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder
- die angewendet 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 oder Arzneimittel angefallen wäre.

Wir erstatten zu 100 Prozent die Aufwendungen aus einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für

- Leistungen der Ärzte. Der Versicherte kann einen Arzt frei wählen. Dieser muss nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sein.
- Leistungen von
  - Heilpraktikern,
  - Chiropraktikern,
  - Osteopathen.
- Arznei- und Verbandmittel.

  Diese müssen
  - ärztlich

oder von
- Heilpraktikern,
- Chiropraktikern,
- Osteopathen

verordnet worden sein.

Als Arzneimittel gelten nicht
- Nähr- und Stärkungspräparate oder
- Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie
- kosmetische Präparate.

Wir leisten auch dann nicht, wenn diese ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

- Heilmittel. Als Heilmittel gelten
  - Bäder,
  - Massagen,
  - medizinische Packungen,
  - Inhalationen,
  - Heilgymnastik,
  - Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stroms.

  Diese müssen
  - ärztlich

  oder von
  - Heilpraktikern,
  - Chiropraktikern,
  - Osteopathen

  verordnet worden sein.
- Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden. Ausgenommen sind
  - Sehhilfen,
  - Hörgeräte.

  Hilfsmittel müssen
  - ärztlich

  oder von
  - Heilpraktikern,
  - Chiropraktikern,
  - Osteopathen

  verordnet worden sein.
- Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistungen in einem Krankenhaus.

  Das Krankenhaus muss
  - im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt sein,
  - erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
  - über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
  - Krankengeschichten führen.

  Es ist ein am Aufenthaltsort befindliches bzw. das nächst erreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Anstelle von Kostenersatz können Sie ein Krankenhaus-Tagegeld von 30 Euro pro Tag wählen.

  Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.
- den notwendigen Transport zur erforderlichen Erstversorgung zum nächst erreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt. Versichert ist auch der ggf. notwendige Verlegungstransport von der Erstversorgungseinrichtung zu einem solchen Krankenhaus bzw. Arzt. Der Transport zurück in die Unterkunft ist ebenfalls mitversichert.
- schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen. Mitversichert sind notwendige Füllungen und provisorischer Zahnersatz jeweils in einfacher Ausführung. Mitversichert sind Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz. Wir leisten aber nicht für Neuanfertigungen von Zahnersatz. Hierzu zählen z.B.
  - Kronen,
  - Brücken,
  - Prothesen,
  - Implantate.

  Wir leisten nicht für kieferorthopädische Maßnahmen.

Wir erstatten auch folgende Aufwendungen für

- den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport. Der Rücktransport erfolgt
  - an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz des Versicherten oder

- in das dem Wohnsitz nächstgelegene und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus.

Wir erstatten auch die Kosten für eine Begleitperson. Dies gilt nur, wenn diese zum Zeitpunkt des Rücktransports bei uns auch nach Tarif RD versichert ist.

Sofern die Kosten des Rücktransports versichert sind, organisieren wir diesen auch.

- Überführung. Diese Kosten erstatten wir bei Tod eines Versicherten während der Reise. Wir erstatten die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Leichnams an einen unmittelbar vor Reiseantritt bestehenden ständigen Wohnsitz.
- Bestattung. Wird der Leichnam nicht überführt, erstatten wir die Kosten der Bestattung. Wir erstatten diese Kosten begrenzt bis zur Höhe, die bei einer Überführung entstanden wären.
- Suche, Rettung und Bergung. Diese müssen
  - wegen Erkrankung,
  - als Unfallfolge oder
  - wegen Tod

  des Versicherten im Ausland anfallen. Wir erstatten diese Kosten bis höchstens 10.000 Euro.
- Betreuung minderjähriger Kinder. Wir erstatten die Kosten der Notfallbetreuung vor Ort. Ein Notfall liegt vor, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen vorliegen.
  - Die Eltern werden stationär behandelt, zurücktransportiert oder sind verstorben.
  - Hierdurch kann ein mitversichertes Kind auf der Reise nicht mehr betreut werden.

  Die Kosten übernehmen wir für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthalts der Eltern. Im Falle ihres Todes übernehmen wir die Kosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz.

  Wir erstatten bei einem solchen Notfall auch entstandene zusätzliche Rückreisekosten der Kinder. Diese Kosten müssen Sie uns nachweisen. Voraussetzung ist, dass
  - die Reise nicht planmäßig beendet werden kann und
  - die außerplanmäßige Rückreise der Kinder erforderlich, sinnvoll und verhältnismäßig ist.

  Zu den Kindern zählen auch
  - Stiefkinder,
  - Adoptivkinder und
  - Pflegekinder.
- Telefonate. Wir erstatten die angefallenen Telefonkosten für Anrufe bei unserem Reise-Notruf.

1.7 <u>Kein Versicherungs-Schutz besteht für:</u>

- Nach Abschluss des Vertrags eingetretene Versicherungsfälle für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungs-Beginn fällt.
- Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt durch eine bereits ärztlich diagnostizierte Erkrankung feststand, dass sie während der Reise stattfinden müssen. Es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes
  - des Ehegatten oder in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartners oder
  - eines Verwandten ersten Grades des Versicherten

  unternommen wurde.

  Ist ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Reise eingetreten, gilt: Wir erstatten Mehraufwendungen für Heilbehandlungen, die aufgrund einer während der Auslandsreise eingetretenen Verschlechterung der Erkrankung erforderlich werden.
- Untersuchung oder Behandlung wegen
  - Schwangerschaft und Entbindung sowie
  - Schwangerschaftsvorsorge

  (soweit nicht von Ziffer 1.1 erfasst).
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung.
- Eine durch
  - Pflege-Bedürftigkeit oder
  - Verwahrung

  bedingte Behandlung oder Unterbringung.
- Behandlung durch
  - Ehegatten,
  - eingetragenen Lebenspartner,
  - Eltern oder Kinder.

  Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende
  - Krankheiten oder
  - Unfälle

  einschließlich deren Folgen.

Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, können wir unsere Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dies betrifft Aufwendungen für Heilbehandlungen oder sonstige Leistungen.

Haben Dritte bereits Leistungen erbracht, sind wir nur für die verbleibenden notwendigen Aufwendungen leistungspflichtig. Ein Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld bleibt hiervon unbenommen in voller Höhe bestehen.

2. Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Es bestehen folgende Obliegenheiten:

2.1 Wir können verlangen, dass Sie Belege im Original einreichen. Hierzu zählen z.B.

- Arztrechnungen,
- Material- und Laborkostenrechnungen.

Wird ein anderweitig bestehender Versicherungs-Schutz zuerst in Anspruch genommen, genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

Die Belege müssen

- den Namen des Rechnungsausstellers,
- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- Krankheitsbezeichnungen,
- Behandlungsdaten und
- vorgenommene Leistungen

enthalten.

Die

- Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel
- Rezepte über Arznei- und Verbandmittel

sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Für die Zahlung eines Krankenhaus-Tagegelds müssen Sie eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorlegen. Diese muss

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung,
- das Aufnahmedatum,
- das Entlassungsdatum und
- Angaben über eventuelle Beurlaubungen

enthalten.

Überführungs- bzw. Bestattungskosten sind durch

- Kostenbelege,
- amtliche Sterbeurkunde und
- die ärztliche Bescheinigung der Todesursache

nachzuweisen.

Telefonkosten sind durch Kostenbelege zu belegen.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

2.2 Sie und die Versicherten müssen jede für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderliche Auskunft erteilen. Auf unser Verlangen muss der Versicherte die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Er muss sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.

2.3 Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung Dritter beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dritte können z.B.

- die gesetzliche Krankenversicherung,
- andere gesetzliche Leistungsträger (z.B. gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung) oder
- anderweitige Versicherer

sein. Dies gilt auch dann, wenn diese ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart haben. Dies gilt unabhängig davon, wann der anderweitige Vertrag abgeschlossen wurde. Melden Sie den Versicherungsfall zuerst uns, treten wir in Vorleistung. Wir wenden uns dann wegen der Kostenteilung direkt an den Dritten.

2.4 Auf unser Verlangen müssen Sie

- Beginn und
- Ende

der Auslandsreise nachweisen.

2.5 Haben Sie oder ein Versicherter Schadensersatz-Ansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an uns abzutreten. Dies gilt unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten hat, können wir diesen auf unsere Leistungen anrechnen.

Lebt der Dritte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir gegen ihn keine Ansprüche geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalls. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

2.6 Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungs-Freiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen.
War die Verletzung der Obliegenheit nachweislich

- weder für die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich, leisten wir. Wir leisten auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungs-Anspruch in jedem Fall.

Die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

3. An wen und wann zahlen wir die Leistung?

3.1 Leistungen können nur Sie verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform einen Versicherten als Empfangsberechtigten benennen. In diesem Fall kann ausschließlich dieser die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine

- Abtretung oder
- Verpfändung

von Leistungs-Ansprüchen ist nur und erst mit unserer ausdrücklichen Zustimmung wirksam. Für die Abtretung ist eine Zustimmung nicht erforderlich, wenn der Vertrag ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossen worden ist; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

3.2 Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Empfänger das damit verbundene Risiko und anfallende Kosten.

3.3 Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen.
Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, können Sie Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem wir die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden können.
Nach Vorlage aller zur Leistungsprüfung notwendigen Unterlagen gilt: Wir erklären innerhalb von 10 Tagen in welchem Umfang wir leisten.

3.4 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse. Für diese gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Erwerben Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbelege nachweisen.

Vertrag und Beitrag

4. Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

4.1 Der Schutz besteht ab Vertrags-Schluss. Er beginnt jedoch frühestens zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Unsere Leistungspflicht entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

4.2 Die Versicherung können Sie nur vor Reiseantritt beantragen.

4.3 Bei Neugeborenen beginnt der Schutz ab Vollendung der Geburt.

Voraussetzung in der Einzelversicherung ist, dass

- ein Elternteil am Tag der Geburt bei uns versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt.

Voraussetzung in der Familienversicherung ist, dass ein Elternteil am Tag der Geburt bei uns versichert ist. Eine Anmeldung des Kindes ist nicht erforderlich.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes gleich.

5. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

5.1 Die Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig. Er wird jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.

5.2 Zahlungsperiode ist das Versicherungsjahr.

5.3 Der Jahresbeitrag in der Einzelversicherung ist je Versicherten und je Versicherungsjahr zu zahlen. Vollendet ein Versicherter das 65. und 70. Lebensjahr, gilt: Ab dem folgenden Versicherungsjahr ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Bei der Familienversicherung richtet sich der Jahresbeitrag nach dem Alter des ältesten versicherten Familienmitglieds. Sobald dieses das 65. und 70. Lebensjahr vollendet, gilt: Ab dem folgenden Versicherungsjahr ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

In der Familienversicherung können Sie uns

- den Partner bzw.
- die mitversicherten Kinder

auch namentlich melden. Wir bestätigen Ihnen dann die Mitversicherung durch eine gesonderte Mitteilung. Vollendet ein solches mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr, gilt: Wir setzen dessen Versicherungs-Verhältnis als Einzelversicherung fort. Der dann gültige Beitrag für Einzelversicherungen ist zu zahlen. Ziffer 6.5 gilt sinngemäß. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, gilt: Das Versicherungs-Verhältnis eines mitversicherten Kindes endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

Den Beitrag können wir zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach dem in Ziffer 10.3 beschriebenen Verfahren ändern.

5.4 Erteilen Sie uns ein SEPA-Mandat, buchen wir den Beitrag bei Fälligkeit ab. Sie müssen sicherstellen, dass wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können. Auch müssen Sie dafür sorgen, dass einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Können wir den fälligen Beitrag wiederholt nicht einziehen, fordern wir Sie in Textform zur Zahlung auf. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Die Zahlung ist dann rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Aufforderung erfolgt.

5.5 Erteilen Sie uns kein SEPA-Mandat, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Sie übermitteln die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten.

5.6 Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn Sie nicht rechtzeitig zahlen. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen. Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch unbezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen. Haben Sie uns ein SEPA-Mandat erteilt, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Deckung nicht durchgeführt hätte.

5.7 Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen, mahnen wir Sie in Textform. Das Gleiche gilt, wenn Sie diesen nicht rechtzeitig zahlen. In der Mahnung setzen wir eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wir können den Vertrag kündigen, wenn Sie den Rückstand nicht fristgerecht begleichen. Tritt der Versicherungsfall

- nach Fristablauf ein und
- waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug,

sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

5.8 Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Forderung

- von uns anerkannt oder
- rechtskräftig festgestellt

ist.

6. Wie kann der Vertrag gekündigt werden? Wann endet der Vertrag?

6.1 Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr. Dies gilt nicht, wenn Sie oder wir kündigen. Sie oder wir können zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung muss in Textform erfolgen. Die Kündigung kann auf einzelne Versicherte beschränkt werden. Kündigen Sie das Versicherungs-Verhältnis eines Versicherten, gilt: Die Kündigung wird wirksam, wenn dieser Kenntnis von der Kündigungserklärung hat. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungs-Beginn) und endet nach einem Jahr.

6.2 Sind Sie nicht mehr versicherungsfähig, endet der Vertrag. Ist ein Versicherter nicht mehr versicherungsfähig, endet die Versicherung für diesen Versicherten. Sie müssen uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich melden.

6.3 Bei einem mitversicherten Kind endet dessen Versicherung mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Dies gilt nur, wenn uns dieses zuvor nicht namentlich gemeldet wurde und wir Ihnen die Mitversicherung nicht gesondert bestätigt haben.

6.4 Der Versicherungs-Schutz endet für eine Auslandsreise mit Vertrags-Ablauf. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die bei Beendigung der Versicherung noch andauern. Er endet auch mit Beendigung des Auslandsaufenthalts. Als Beendigung des Auslandsaufenthalts gilt der Grenzübertritt in das Inland. Bei einem Rücktransport endet der Schutz mit der Ankunft am Wohnsitz bzw. der Aufnahme in ein Krankenhaus im Inland. Er endet auch mit dem Ablauf der 8. Woche eines Auslandsaufenthalts.

Dauert ein leistungspflichtiger Versicherungsfall im Ausland bei Ende des Versicherungs-Schutzes noch an, gilt: Wir leisten bei nachgewiesener Transportunfähigkeit weiter. Wir leisten dann bis die Transportfähigkeit wieder hergestellt ist.

6.5 Erreicht ein Versicherter eine andere Altersgruppe mit höherem Beitrag, gilt: Sie können das Versicherungs-Verhältnis der betroffenen Person kündigen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragsänderung erfolgen. Sie gilt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung.

6.6 Ihr Vertrag endet spätestens mit Ihrem Tod.

6.7 Versicherte können bei

- Kündigung ihres Versicherungs-Verhältnisses durch Sie oder
- Ihrem Tod,

die Fortsetzung der Versicherung erklären. Dazu müssen sie einen künftigen Versicherungs-Nehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Die Frist beginnt ab Kenntnis des Versicherten von seinem Recht. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu zahlen.

6.8 Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne Versicherte, gilt: Sie können die Aufhebung des gesamten Vertrags verlangen. Ihre Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung erfolgen. Sie gilt dann zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Kündigung.
Kündigen wir den Vertrag wirksam wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, gilt: ein Mitversicherter kann die Fortsetzung der Versicherung erklären. Dazu muss er einen künftigen Versicherungs-Nehmer benennen. Der Beitrag ist ab Fortsetzung des Vertrags zu zahlen. Wir informieren den Versicherten in Textform über

- die Kündigung des Vertrags und
- sein Recht zur Fortsetzung.

Wir informieren mitversicherte Kinder nur, wenn Sie uns diese namentlich gemeldet haben. Dieses Recht des Versicherten endet zwei Monate nachdem er davon Kenntnis hat.

6.9 Bei Tod eines Versicherten endet dessen Versicherung.

Weitere Regelungen

7. Was gilt für Mitteilungen?

Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertrags-Sprache ist deutsch.

8. Was gilt bei einer Änderung Ihrer Anschrift?

Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Ihres Namens

nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

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

10. Welches Recht gilt? Welches Gericht ist zuständig?

10.1 Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

10.2 Sie können eine Klage gegen uns an das für

- Ihren Wohnsitz oder
- unseren Sitz

zuständige Gericht richten.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb

- der EU oder
- der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum,

können Sie sich ausschließlich an das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland wenden.

10.3 Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zuständig.

11. Können sich Ihre Vertrags-Bedingungen zukünftig ändern?

11.1 Sind einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

11.2 Wird durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde

eine Vertrags-Bestimmung für unwirksam erklärt, können wir eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass

- dies zur Vertrags-Fortführung notwendig ist oder
- ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte entsteht.

Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die

- neue Regelung und
- die hierfür maßgeblichen Gründe

mitgeteilt haben, Vertrags-Bestandteil.

11.3 Wir können

- die Versicherungs-Bedingungen und
- den Beitrag

zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres ändern. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Änderungen werden frühestens einen Monat nach Mitteilung wirksam. Sie können die Versicherung innerhalb von zwei Monaten ab Zugang der Mitteilung kündigen. Sie gilt dann zum Änderungszeitpunkt. Hierbei gilt Ziffer 6.1 sinngemäß.

12. Wann verjähren die Ansprüche?

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.

Anlage zu den Bedingungen

Übersicht der Assistance-Leistungen:

Ganzjähriger telefonischer **24-Stunden Notruf +49 / 2 21 / 57 89 40 05**
(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters):

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Assistance-Leistungen durch qualifizierte Dienstleister:

- Auskunft zu Kliniken im Ausland
- Auskunft zu Spezialkliniken im Ausland
- Auskunft zu Verlegungsmöglichkeiten im Ausland
- Nennung von Ärzten im Ausland
- Auskunft zu Arzneimitteln im Ausland
- Vermittlung eines medizinischen Dolmetscher-Service
- Organisation des Rücktransports
- Ggf. Kostenübernahmegarantie gegenüber Krankenhaus oder für den Rücktransport
- Organisation der Notfallbetreuung / Rückreise minderjähriger Kinder
- Organisation einer Bestattung oder Überführung
- Unterstützung bei der Organisation und Versendung von Arzneimitteln
- Unterstützung bei Beschaffung und Versand von Blutkonserven im Ausland
- Reisemedizinische Informationen
- Herstellung eines Kontakts zum Hausarzt oder Krankenhausarzt, falls nötig
- Information der Angehörigen
- Organisation einer Besuchsreise durch Angehörige

Übersicht der Jahresbeiträge (nach Ziffer 5.3):

Einzelversicherung (je Versicherten):

Bis 64 Jahre	9,90 Euro
Ab 65 – 69 Jahre	19,90 Euro
Ab 70 Jahre	34,90 Euro

Familienversicherung (je nach Alter des ältesten Versicherten):

Bis 64 Jahre	19,80 Euro
Ab 65 – 69 Jahre	39,80 Euro
Ab 70 Jahre	69,80 Euro