

Krankenversicherungsschutz bei Urlaubsreisen im Ausland nach Tarif URJE

Die Auslandsreise-Krankenversicherung der HALLESCHE Krankenversicherung

Mit unserer Auslandsreise-Krankenversicherung sind Sie für eine Reisedauer von bis zu 8 Wochen ein ganzes Jahr lang gut versichert – ganz gleich, wie oft Sie innerhalb des Jahres verreisen.

Wir leisten bei im Ausland akut eintretenden Krankheiten und dort erlittenen Unfällen für:

- Arzt-, Krankenhaus- und Operationskosten
- Medikamente
- Schmerzstillende Zahnbehandlung
- Kosten für einen notwendigen Rücktransport

Sollten während des Auslandsaufenthaltes bei bereits bestehenden Krankheiten erhebliche Verschlechterungen eintreten, die vor Reiseantritt nicht abzusehen waren, leisten wir auch in diesem Fall. Das Ausmaß der medizinisch notwendigen Heilbehandlung muss sich dabei deutlich von dem vorangegangenen Behandlungsverlauf abheben.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf den folgenden Seiten beschreiben den Leistungsumfang unserer privaten Auslandsreise-Krankenversicherung im Einzelnen.

Bitte beachten Sie die Bestimmungen in § 5 zur Einschränkung der Leistungspflicht.

Auszug aus § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit. § 7 Abs. 1 bleibt hiervon unberührt.

Zum günstigen Beitrag

Das Plus an Sicherheit kostet pro Person für ein Versicherungsjahr bis zu einem Alter von 17 Jahren 6,- € für 18- bis 59-Jährige 9,- € und ab einem Alter von 60 Jahren 20,- €. Ab dem Kalenderjahr, in dem der Versicherte das 18. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der für die nächsthöhere Altersgruppe vorgesehene Beitrag zu entrichten (siehe § 9 (3) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Hinweis: Bei Erreichen der nächsten Altersgruppe wird der Beitrag automatisch umgestellt. Sie erhalten hierüber keine gesonderte Nachricht.

... und im nächsten Jahr?

Ihre Auslandsreise-Krankenversicherung ist eine Dauerpolice, d.h., sie läuft jährlich automatisch weiter. Sie brauchen sich also um nichts mehr zu kümmern, wenn Sie im nächsten Jahr wieder Ihre Auslandsreise planen.

Und innerhalb eines Jahres? Ihre Police gilt für die Dauer von jeweils 8 Wochen, ganz gleich, wie oft Sie im Jahr ins Ausland reisen.

Was ist im Krankheitsfall zu tun?

Vor Ort bezahlen Sie bitte die Rechnung zunächst selbst, und achten Sie darauf, dass die Rechnung folgende Daten enthält:

- Name der behandelten Person
- Bezeichnung der Krankheit
- Angabe der einzelnen Leistungen und möglichst auch der einzelnen Behandlungsdaten

Bei Behandlung im Krankenhaus muss die Rechnung zudem das Aufnahme- und das Entlassungsdatum enthalten.

Und dann: die Abrechnung mit uns

Bitte schicken Sie nach Ihrer Rückkehr die Originale Ihrer Rechnungen an nachfolgende Adresse.

Besteht allerdings Anspruch auf Leistungen aus einer anderen Versicherung gemäß § 5 (3), so schicken Sie uns bitte nur die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungskopien zu.

HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Bereich LD/Reiseversicherung

70166 Stuttgart

Telefon (07 11) 66 03-68 20

Telefax (07 11) 66 03-22 08

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer (siehe Kontoauszug über die erfolgte Abbuchung) an.

Wenn ein **Rücktransport** aus dem Ausland notwendig wird, rufen Sie bitte die nachfolgende Alarmzentrale an. Die Zentrale ist Tag und Nacht besetzt. Der diensttuende Arzt klärt dann alles Weitere.

Telefon (0711) 66 03-39 30

Bei Fragen rund um den Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an unser **Servicetelefon**

Telefon (0800) 30 20 100

Telefax (0711) 66 03-22 08

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif URJE

Fassung Januar 2009

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende Dienstleistungen. Er gewährt bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat, sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(3) 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. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten 8 Wochen (vgl. hierzu § 7 Abs. 2).

(6) In diesem Tarif sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland versicherungsfähig.

§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise geschlossen werden. Er kommt mit der Annahme des Antrags zustande, sofern dem Versicherer eine Einzugsermächtigung erteilt wurde. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller.

(2) Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Schriftform gekündigt wird.

(3) Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Tag des Versicherungsbeginns und endet am 31.12. des gleichen Jahres.

(4) Die Versicherung nach Tarif URJE ist eine Krankenversicherung gegen festen Beitrag gemäß den Bestimmungen der Satzung des Versicherers.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt ab dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Als rechtzeitige Zahlung der ersten Prämie gilt auch, wenn bei Vertragsschluss eine Einzugsermächtigung erteilt wurde und die Lastschrift vom Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt und keine anderweitige private oder gesetzliche Krankenversicherung besteht. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Ansonsten gilt für den Beginn des Versicherungsschutzes Absatz 1.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltswortland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Es ist das am Aufenthaltsort befindliche bzw. nächsterreichbare geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.

(4) Erstattungsfähig sind

(4.1) medizinisch notwendige Aufwendungen für

a) ärztliche Heilbehandlung.

b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Heilmittel gelten Bestrahlungen, Inhalationen und elektrophysikalische Maßnahmen.

c) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz.

d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus.

e) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

(4.2)

a) 100% der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die Bundesrepublik Deutschland, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

b) 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000,- € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000,- €

c) 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

(1.1) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an Unruhen verursacht werden, ferner durch aktive Teilnahme an Sportarten, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung außerhalb der gewöhnlichen Urlaubsgestaltung liegen, es sei denn, der Versicherer hat eine entsprechende Zusage vorab erteilt.

(1.2) auf Vorsatz und Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

(1.3) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Aufwendungen werden aber insoweit erstattet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltswortland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen sowie in deren Folge bei Fehl- oder Frühgeburt oder (ein nicht rechtswidriger) Schwangerschaftsabbruch notwendig ist.

(1.4) Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie.

(1.5) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie.

(1.6) Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für Pflegepersonal, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen sowie für Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (ausgenommen Unfaltransporte).

(1.7) Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.

(1.8) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.

(1.9) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortland unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.

(1.10) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(1.11) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

(1.12) Hilfsmittel.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
Es werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrunde gelegt.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

(5) Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Besteht Anspruch auf Leistungen gegen andere als in den § 5 Abs. 3 genannten Leistungsträgern, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schaden meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall zuerst der HALLESCHER Krankenversicherung a G, wird diese im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten. Ergänzend gilt § 12 dieser Versicherungsbedingungen.

(6) Hat der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen bereits erhalten, so ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für andere Leistungen sind die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen Originale einbehalten werden.

(3) Für die Erstattung von Überführungs- oder Bestattungskosten im Ausland ist neben den Kostenbelegen eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache oder eine amtliche Sterberkunde vorzulegen.

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer 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 werden, gilt der Kurs gemäß »Devisenkursstatistik«, 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.

(6) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abtreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet

(1) mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Erfordert eine Krankheit oder Unfallfolge wegen Reise- oder Transportunfähigkeit einen Auslandsaufenthalt über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus, so besteht Versicherungsschutz für diese Krankheit oder Unfallfolge weiter für längstens 4 Wochen bzw. bei Beendigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer für längstens 8 Wochen.

(2) mit Ablauf einer ununterbrochenen Verweildauer von 8 Wochen im Ausland. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.
§ 7 Abs. 1 bleibt hiervon unberührt.

§ 8 Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet außer durch Kündigung gemäß § 2 Abs. 2

(1) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person.

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Er beträgt je Person für ein Versicherungsjahr:

Eintrittsalter	Beitrag
bis 17 Jahre	6 €
18-59 Jahre	9 €
ab 60 Jahre	20 €

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

(2) Der Erstbeitrag ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Bei stillschweigender Verlängerung des Vertrages werden die Folgebeiträge jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres fällig.

(3) Ab dem Kalenderjahr, in dem der Versicherte das 18. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der für die nächsthöhere Altersgruppe vorgesehene Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens 2 Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden einzuholen; diese sind gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

(4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart wird.

§ 15 Gerichtsstand

(1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) Ergibt sich aus Abs. 1 oder Abs. 2 ein Gerichtsstand außerhalb des Geltungsbereichs des Versicherungsvertragsgesetzes, findet insoweit Abs. 3 entsprechende Anwendung.

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die unter § 9 aufgeführten Versicherungsbeiträge können vom Versicherer zum Beginn eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von zwei Monaten geändert werden.

(2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen, andernfalls tritt die Änderung in Kraft. Darauf wird auch in der Änderungsmitteilung hingewiesen.