

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Zusatzversicherung nach Tarif URZ.



English version:
www.hallesche.de/pm62u-e-1021.pdf

Fassung Januar 2022

Wesentliche Merkmale des Tarifs URZ.

Versicherungsschutz für Urlaubsreisen ins Ausland von bis zu 8 Wochen

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß tariflicher Aufzählung
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für schmerzstillende Zahnbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Reparaturen von Zahnersatz

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für Unterkunft
- 100% Kostenerstattung für ärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Krankenrücktransport aus dem Ausland

Nicht versichert sind

- Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und Kieferorthopädie
- Psychotherapie
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung
- Hilfsmittel

Inhalt

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	2	§ 9	Beitragszahlung	6
§ 2	Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages	2	§ 10	Obliegenheiten	6
§ 3	Beginn des Versicherungsschutzes.....	2	§ 11	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
§ 4	Umfang der Leistungspflicht.....	2	§ 12	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	6
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	3	§ 13	Aufrechnung	7
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistung	5	§ 14	Willenserklärungen und Anzeigen	7
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	5	§ 15	Gerichtsstand.....	7
§ 8	Beendigung des Versicherungsvertrages / des Versicherungsverhältnisses.....	5	§ 16	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.....	7
			Anhang - Gesetzestexte		8

§ 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) Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen sofern gleichzeitig eine Aufnahme in einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- oder Pflegeversicherung erfolgt oder eine Versicherung in mindestens einem dieser Tarife besteht. **Mit dem Ende der in Satz 1 genannten Versicherungen endet auch die Versicherung nach Tarif URZ.**

§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise geschlossen werden. Er kommt mit der Annahme des Antrags bzw. Angebots zustande.

Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller bzw. der Angebotsempfänger.

(2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

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

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor den Versicherungsbeginn fällt.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(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 Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandelnden 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 die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und 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. Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

oder in die Schweiz, gelten Satz 1 und 2 entsprechend für einen Rücktransport in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

b) 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Überführung im Todesfall in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

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, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Bestattung außerhalb des Staates, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

d) Für Leistungen nach § 4 Abs. 4.2 a) bis c) gilt die Begrenzung auf eine Reisedauer von 8 Wochen (siehe § 1 Abs. 5) nicht, sofern neben Tarif URZ eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Hallesche Krankenversicherung besteht.

§ 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 Kriegereignisse 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.

Die Leistungseinschränkung gemäß Satz 1 gilt nicht für Kriegsereignisse im Ausland, wenn

- a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder
- b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B. vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter erheblicher Gefährdung der eigenen Person möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne von Satz 1.

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 Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen sowie in deren Folge bei Fehl- oder Frühgeburt oder (ein nicht rechtswidriger) Schwangerschaftsabbruch notwendig ist.

1.4 Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays 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 Unfalltransporte).

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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.

1.10 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), 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 sonstigen 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 den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungsträgern, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schaden meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall zuerst der Hallesche 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 Behandelnden 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 Sterbeurkunde 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 Leistung 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 Re-

ferenzkurse 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 abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet

1. mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Erfordert eine Krankheit oder Unfallfolge einen 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 / des Versicherungsverhältnisses

(1) Der Versicherungsvertrag endet außer durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Abs. 6 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) Verlegt die versicherte Person nach Vertragsschluss ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. § 1 Abs. 6 bleibt davon unberührt.

Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsraten als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Die monatliche Beitragsrate beträgt je Person bis zum Ende des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, 1,50 €. Ab Beginn des nächsten Jahres beträgt sie 4 €.

§ 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.

(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 (siehe Anhang) 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

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

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.

Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht vorsätzlich auf, so wird der Versicherer insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er infolge dessen keinen Ersatz von Dritten verlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Er-

bringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 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 Textform.

§ 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 in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) § 15 Abs. 3 gilt nicht, sofern die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Vertragsschluss in die Schweiz erfolgt.

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die unter § 9 aufgeführten Versicherungsbeiträge können vom Versicherer geändert werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb von 2 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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.eu-ropa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

§ 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 infolgedessen 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 Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.