

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)

In der Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) bieten wir Versicherungsschutz für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Außerdem beinhaltet die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) eine Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung. Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen. Außerdem sind hier die Regelungen zur vereinbarten Option auf Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung enthalten.

	Seite
1. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten	1
1.1 Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall	1
1.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang..	2
1.3 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung	2
1.4 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	3
1.5 Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten	4
1.6 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger	4
2. Vereinbarte Option	4

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen. Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem →markiert.

Beispiel: "→Schriftform"

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

	Seite
1. Vorvertragliche Anzeigepflicht	6
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	6
3. Obliegenheiten	7
4. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns....	8

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes	9
2. Anteilige Beitragszahlung	9
3. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes	9
4. Fortsetzung des Vertrags und Recht auf Weiterversicherung	10
5. Deutsches Recht	11
6. Beschwerdemöglichkeiten	11
7. Zuständiges Gericht	11
8. Verjährung	11
9. Aufrechnung	12
10. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	12

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen. Außerdem sind hier die Regelungen zur vereinbarten Option auf Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung enthalten.

1. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten

Wenn sich die →versicherte Person vorübergehend außerhalb von Deutschland aufhält (vorübergehender Auslandsaufenthalt), ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und weitere Leistungen - mit Ausnahme der Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie mit Ausnahme von Hypnose und von Psychotherapie - nach den folgenden Regelungen:

1.1 Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
- 1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
- 1.1.3 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?
- 1.1.4 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?
- 1.1.5 Für welche Dauer eines Auslandsaufenthalts bieten wir Versicherungsschutz?

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen im Ausland unvorhergesehen eintretender Krankheit oder Unfallfolgen.

Als Versicherungsfall gelten auch

- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen im Ausland unvorhersehbar eintretender Schwangerschaftsbeschwerden,
- medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und die Entbindung wegen im Ausland unvorhersehbar eintretender Frühgeburten und Fehlgeburten sowie
- notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche im Ausland und
- Tod im Ausland.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalles

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

1.1.3 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt und die noch nicht 33 Jahre alt sind.

1.1.4 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, ist sie nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie

- bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert ist und
- sich entweder in der Ausbildung zum Arzt oder in der Weiterbildung zum Facharzt befindet.

Bei Wegfall einer nach Satz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt.

(2) Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, ist sie nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange

- für sie eine substitutive Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht und
- sie sich in der Ausbildung zum Arzt befindet.

Bei Wegfall einer nach Satz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt, soweit keine daran anschließende Weiterbildung zum Facharzt erfolgt.

(3) Informationspflicht bei Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn die →versicherte Person nicht mehr die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit (siehe Absätze 1 und 2) vollständig erfüllt.

1.1.5 Für welche Dauer eines Auslandsaufenthalts bieten wir Versicherungsschutz?

(1) Erste 8 Wochen eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts (Grundsatz)

Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 8 Wochen eines vorübergehenden Aufenthalts der →versicherten Person außerhalb von Deutschland (vorübergehender Auslandsaufenthalt).

(2) Verlängerter Versicherungsschutz bei einer Aus- oder Weiterbildung im Ausland

Der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten kann mit uns auch für die Dauer

- einer Ausbildung der →versicherten Person im Ausland zum Arzt oder
- einer Weiterbildung der versicherten Person im Ausland zum Facharzt

vereinbart werden. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz jedoch maximal für 12 Monate.

Sie müssen ab dem Ersten des Monats, der auf den Beginn der Aus- oder Weiterbildung der versicherten Person im Ausland folgt, einen Beitragszuschlag von monatlich 10,43 Euro zahlen.

Sie müssen diesen Beitragszuschlag bis zum Ende des Monats zahlen, in dem die Ausbildung der versicherten Person zum Arzt

oder die Weiterbildung der versicherten Person zum Facharzt beendet wird.

1.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?**
- 1.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?**
- 1.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?**
- 1.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?**
- 1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?**
- 1.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?**
- 1.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte und Überführung?**

- 1.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?**

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

- 1.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?**

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

Wenn das Krankenhaus jedoch auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt, ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen.

- 1.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?**

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- 1.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?**

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung.

Aufwendungen für ortsübliche Kosten für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 1.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

- 1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?**

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

- 1.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?**

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlung,
- notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie
- Reparaturen von Prothesen.

Aufwendungen für ortsübliche Kosten für Arzneimittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 1.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Sie müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

- 1.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte und Überführung?**

(1) Rücktransport

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

- an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Hierbei muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

(2) Überführung bei Tod im Ausland

Wenn die →versicherte Person im Ausland stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

1.3 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?**
- 1.3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?**
- 1.3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?**
- 1.3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?**
- 1.3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?**
- 1.3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?**

1.3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

1.3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.3.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.3.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

1.3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:

- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

1.3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

1.3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

Wenn eine Heilbehandlung bevorsteht, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, gilt Folgendes:

(1) Ihr Recht auf schriftliche Auskunft

Sie erhalten von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.

Sie können die Auskunft vor Beginn der Behandlung verlangen. Wir geben Ihnen diese in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) und begründen sie. Wenn wir zu der Behandlung einen Kostenvorschlag oder andere Unterlagen erhalten haben, gehen wir in unserer Auskunft auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens nach 4 Wochen. Wenn die Heilbehandlung aber dringend durchgeführt werden muss, geben wir Ihnen die Auskunft unverzüglich - jedoch spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen jeweils, sobald Ihre Anfrage bei uns eingegangen ist.

(2) Unser Fristversäumnis

Wir setzen alles daran, Ihnen die Auskunft innerhalb der Fristen nach Absatz 1 zu geben. Wenn uns das einmal nicht gelingt und wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir beweisen, dass die Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist.

1.3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)

Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung prüfen.

(2) Berechtigte Personen

Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:

- der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung

Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

1.4 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

1.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

1.4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

1.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch Kriegseignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegseignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegseignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

e) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

h) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger.

i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn dort während eines vorübergehenden Aufenthalts eine Heilbehandlung

- wegen einer Erkrankung, die unabhängig vom Aufenthaltswort ist, oder
- wegen eines dort eingetretenen Unfalls notwendig wird.

j) für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie.

k) für Zahnersatz einschließlich Kronen.

l) für kieferorthopädische Behandlungen.

m) für Hilfsmittel.

n) für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

o) bei Reisen in Deutschland.

1.4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

1.5 Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten

Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat,

darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

1.6 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

2. Vereinbarte Option

Neben dem Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten beinhaltet dieser Tarif eine Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung für die →versicherte Person nach den folgenden Regelungen:

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1	Welche Option ist vereinbart?
2.2	Welche Voraussetzungen gelten zur Ausübung der Option?
2.3	Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen?
2.4	Was muss die versicherte Person bei der Ausübung der Option beachten?
2.5	Was gilt, wenn der Antrag fristgerecht gestellt worden ist?
2.6	Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

2.1 Welche Option ist vereinbart?

Die →versicherte Person hat das Recht, im Rahmen einer →substitutiven Krankenversicherung bei uns Tarife

- der Krankheitskosten-Versicherung und
- der Krankentagegeld-Versicherung nach den folgenden Regelungen abzuschließen.

2.2 Welche Voraussetzungen gelten zur Ausübung der Option?

(1) Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, setzt die Ausübung der Option voraus, dass für die versicherte Person

- die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder
- der Anspruch auf Familienversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) weggefallen ist.

(2) Weiterbildung zum Facharzt

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, setzt die Ausübung der Option voraus, dass die versicherte Person eine Weiterbildung zum Facharzt begonnen hat.

2.3 Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen?

Die Option nach Ziffer 2.1 erstreckt sich nur auf Tarife,

- die für den Neuzugang geöffnet sind und
- bei denen die →versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt.

(1) Besonderheiten bei Krankheitskosten-Tarifen

Es können nur Tarife der Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen werden, bei denen Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ist, dass die →versicherte Person Arzt oder Familienangehöriger eines Arztes ist.

(2) Besonderheiten bei Krankentagegeld-Tarifen

Es können nur Tarife der Krankentagegeld-Versicherung abgeschlossen werden, bei denen Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ist, dass die →versicherte Person zumindest Arzt oder Familienangehöriger eines Arztes ist.

2.4 Was muss die versicherte Person bei der Ausübung der Option beachten?

(1) Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, muss sie die Umstellung des Versicherungsschutzes innerhalb von 6 Monaten beantragen, nachdem

- die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder
- der Anspruch auf Familienversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) weggefallen ist.

Wenn sie die Option nicht innerhalb dieser Frist ausübt, verfällt der Anspruch auf Ausübung des Optionsrechts.

(2) Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, muss sie die Umstellung des Versicherungsschutzes innerhalb von 6 Monaten beantragen, nachdem sie die Weiterbildung zum Facharzt begonnen hat.

Wenn sie die Option nicht innerhalb dieser Frist ausübt, verfällt der Anspruch auf Ausübung des Optionsrechts.

2.5 Was gilt, wenn der Antrag fristgerecht gestellt worden ist?

Wenn die →versicherte Person die Option fristgerecht nach Ziffer 2.4 ausübt, gilt Folgendes:

(1) Antragsannahme nach Bonitätsprüfung

Wir nehmen den Antrag auf Abschluss der nach Ziffer 2.3 abschließbaren Tarife an, wenn dies nach unseren Grundsätzen für die Bonitätsprüfung möglich ist.

Um dies festzustellen, sind wir berechtigt, bei Eingang des Antrags nach Ziffer 2.4 die Bonität der zu versichernden Person nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgeblichen Grundsätzen in der jeweils aktuellen Fassung zu prüfen.

Maßgeblich sind die Grundsätze, nach denen wir die Bonität eines Antragstellers im Zusammenhang mit dem Abschluss einer →substitutiven Krankenversicherung prüfen.

(2) Versicherungsschutz für Vorerkrankungen und Wehrdienstbeschädigungen

Wir beziehen angezeigte Vorerkrankungen und angezeigte Wehrdienstbeschädigungen in den Versicherungsschutz nach den für die →versicherte Person über die Option nach Ziffern 2.1 bis 2.4 und Absatz 1 abgeschlossenen Tarifen ein, wenn sie im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig sind.

Wenn eine angezeigte Vorerkrankung oder eine angezeigte Wehrdienstbeschädigung im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns nach medizinischem Befund noch behandlungsbedürftig ist, ist sie vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Wir beziehen sie auf Antrag der versicherten Person in den Versicherungsschutz ein, wenn die versicherte Person wegen dieser Erkrankung oder dieser Wehrdienstbeschädigung einschließlich ihrer Folgen nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Die Einbeziehung erfolgt nicht rückwirkend.

Wenn in den Fällen der Sätze 1 und 3 ein erhöhtes Risiko vorliegt, sind wir berechtigt, die Einbeziehung nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen von der Vereinbarung eines angemessenen Risikozuschlags abhängig zu machen.

2.6 Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

Nach Umstellung des Versicherungsschutzes muss für den bei uns abgeschlossenen

- Krankheitskosten-Tarif und
- Krankentagegeld-Tarif

jeweils der Beitrag der Altersgruppe gezahlt werden, die die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung erreicht hat.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und § 194 Absatz 1 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute → Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Formerfordernisse

Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der → Schriftform. Die Aus-

übung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?**
- 2.2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
- 2.3 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 2.4 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?**

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein. Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer → Alterungsrückstellung.

2.2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(5) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.3 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.2 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit

Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.4 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.2 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die

Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

3. Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- | | |
|------------|---|
| 3.1 | Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden? |
| 3.2 | Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen? |
| 3.3 | Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet? |

3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung

Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Unverzügliche Geltendmachung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen

Sie müssen den Anspruch auf Versicherungsleistungen unverzüglich geltend machen.

3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

3.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

4. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 3.2 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →versicherten Person zustehen.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.3 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Anteilige Beitragszahlung

In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Todesfall

Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wenn ein Tarif vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(3) Berechnung des Tagesbeitrags

Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

3. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
- 3.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
- 3.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
- 3.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
- 3.5 Wann endet der Vertrag im Todesfall?
- 3.6 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?

3.7 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?

3.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

3.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer

Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht nach Ziffern 3.3 oder 3.4 gekündigt wird und der Vertrag nicht wegen Ablaufs der Höchstversicherungsdauer (siehe Absatz 2) endet.

(2) Höchstversicherungsdauer

a) Grundsatz

Der Tarif endet für die →versicherte Person mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 4 Versicherungsjahren. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

b) Verlängerungsmöglichkeit

Sie können verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Verlängerung der Höchstversicherungsdauer für die →versicherte Person annehmen. Die Verlängerung ist jeweils auf eine weitere Höchstversicherungsdauer von 4 Versicherungsjahren befristet.

Sie müssen für die versicherte Person jeweils den zu Beginn der Verlängerung für ihre Altersgruppe gültigen Beitrag dieses Tarifs zahlen.

3.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

3.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung nach Absatz 2 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail).

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 3 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung

Sie können den Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 3.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Anspruch auf Aufhebung

Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

3.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

3.5 Wann endet der Vertrag im Todesfall?

Der Vertrag endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person endet der für sie abgeschlossene Tarif mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

3.6 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, endet er auch vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach Ziffer 3.1 Absatz 2 außerdem nach folgenden Regelungen:

(1) Höchstalter

Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie 34 Jahre alt wird.

(2) Unterbrechung der Ausbildung zum Arzt oder Weiterbildung zum Facharzt

Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie ihre Ausbildung zum Arzt oder ihre Weiterbildung zum Facharzt mehr als 6 Monate unterbricht.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn die versicherte Person ihre Ausbildung zum Arzt oder ihre Weiterbildung zum Facharzt mehr als 6 Monate unterbricht.

(3) Ende der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Familienversicherung

Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem für sie die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Familienversicherung endet.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn für die versicherte Person die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Familienversicherung endet.

(4) Ausübung der Option

Der Tarif endet zum Ende des Monats, in dem für die →versicherte Person die vereinbarte Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung (siehe Teil A Ziffer 2) ausgeübt worden ist.

3.7 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, endet er auch vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach Ziffer 3.1 Absatz 2 außerdem nach folgenden Regelungen:

(1) Höchstalter

Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie 34 Jahre alt wird.

(2) Unterbrechung der Ausbildung zum Arzt

Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie ihre Ausbildung zum Arzt mehr als 6 Monate unterbricht.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn die versicherte Person ihre Ausbildung zum Arzt mehr als 6 Monate unterbricht.

(3) Weiterbildung zum Facharzt

Der Tarif endet für die →versicherte Person 6 Monate, nachdem sie eine Weiterbildung zum Facharzt begonnen hat.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, nachdem die Weiterbildung der versicherten Person zum Facharzt länger als 6 Monate andauert.

(4) Ausübung der Option

Der Tarif endet zum Ende des Monats, in dem für die →versicherte Person die vereinbarte Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung (siehe Teil A Ziffer 2) ausgeübt worden ist.

3.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle -

- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.
- mit Ablauf der ersten 8 Wochen des jeweiligen vorübergehenden Auslandsaufenthalts.

Wenn es medizinisch notwendig ist, die versicherte Person über den vereinbarten Zeitraum medizinisch zu behandeln und eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, aber längstens für 4 weitere Wochen.

4. Fortsetzung des Vertrags und Recht auf Weiterversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 4.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?
- 4.2 Welches besondere Recht hat die versicherte Person zur Weiterversicherung in der Reise-Krankenversicherung?

4.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(2) Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Tarif aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(3) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs

Wenn wir den Tarif für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3), soweit sie von der Kündigung erfasst ist, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren.

4.2 Welches besondere Recht hat die versicherte Person zur Weiterversicherung in der Reise-Krankenversicherung?

Wenn der Tarif für die →versicherte Person nach Teil A Ziffer 1.1.4 oder nach Ziffern 3.6 oder 3.7 endet, hat sie das Recht, von uns die Weiterversicherung in einem Tarif der Reise-Krankenversicherung zu verlangen. Dies setzt voraus, dass

- die versicherte Person nach den Tarifbedingungen der Reise-Krankenversicherung versicherungsfähig ist und
- der Tarif der Reise-Krankenversicherung für den Neuzugang geöffnet ist.

5. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

6. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

7. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren

Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

8. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zugeht.

9. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

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

10. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen

Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) verwenden.

Alterungsrückstellung.

Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung. Bei anderen Krankenversicherungen ist das aber von Gesetzes wegen der Fall. Bei diesen Versicherungen werden die Beiträge in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Mindestversicherungsdauer.

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Risikoprüfung.

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Schriftform.

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

substitutiv.

Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

versicherte Person.

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.

Eine personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.