Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung (RP)

In der Reise-Krankenversicherung (RP) bieten wir Versicherungsschutz für im Ausland eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

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.

		Seite
1.	Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall	1
2.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.1	Allgemeine Regelungen zu den versicherten Leistungen	1
2.2	Aufwendungsersatz bei Heilbehandlung, Krankentransporten und Rücktransporten	2
2.3	Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung	2
2.4	Unsere Serviceleistungen	3
3.	Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung	3
4.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	4
5.	Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten	4
6.	Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger	4

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	5
2.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	5
3.	Obliegenheiten	6
4.	Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns	7

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag, vereinbartem Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

		Seite
1.	Beginn des Versicherungsschutzes	8
2.	Anpassung von Beitrag, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen	8
3.	Anteilige Beitragszahlung und Beitragsnachlass bei Vorauszahlung	9
4.	Ihr Recht zur Kindernachversicherung	9
5.	Versicherung für fremde Rechnung	9
6.	Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes	9
7.	Fortsetzung des Vertrags	10
8.	Deutsches Recht	11
9.	Beschwerdemöglichkeiten	11
10.	Zuständiges Gericht	11
11.	Verjährung	11
12.	Aufrechnung	11
13.	Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	12

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 A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.3 Welche persönlichen Eigenschaften müssen beim Abschluss des Vertrags und während der Versicherung erfüllt sein?
1.4 Für welche Reisen besteht Versicherungsschutz (versicherte Auslandsreisen)?
1.5 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

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

Als Versicherungsfall gelten auch
- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen vor Reiseantritt unvorhersehbarer Schwangerschaftsbeschwerden,
- medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und die Entbindung wegen vor Reiseantritt unvorhersehbarer Früh- und Fehlgeburten sowie
- notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls
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.

1.2 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 (RP),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

1.3 Welche persönlichen Eigenschaften müssen beim Abschluss des Vertrags und während der Versicherung erfüllt sein?

(1) Eigenschaften bei Abschluss des Tarifs (Aufnahmefähigkeit)
Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die noch nicht 65 Jahre alt sind und deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

(2) Eigenschaften während der Versicherung (Versicherungsfähigkeit)
Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie bei uns eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung besteht.

Bei Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt ist.

1.4 Für welche Reisen besteht Versicherungsschutz (versicherte Auslandsreisen)?

Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 8 Wochen (56 Tage) jeder Auslandsreise der →versicherten Person, die sie nach dem Abschluss des Vertrags und dem vereinbarten Versicherungsbeginn antritt.

Als Auslandsreisen gelten jedoch nicht Reisen in Deutschland.

1.5 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

(1) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in
- einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt,

bleibt die versicherte Person nach der für sie abgeschlossenen Reise-Krankenversicherung (RP) bei uns versichert. Voraussetzung ist, dass sie weiterhin nach Ziffer 1.3 Absatz 2 versicherungsfähig ist. Andernfalls endet der Tarif.

Wenn die betroffene Person bei uns versichert bleibt, besteht für sie während der Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts in diesem anderen Staat Versicherungsschutz weder in diesem Staat noch in Deutschland.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, endet die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung (RP).

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.1 Allgemeine Regelungen zu den versicherten Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

2.1.1 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.

2.1.2 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, muss die →versicherte Person das nächsterreichbare Krankenhaus, das
- im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist,
- unter ständiger ärztlicher Leitung steht,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und
- Krankengeschichten führt,

in Anspruch nehmen.

2.1.3 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.

2.2 Aufwendungsersatz bei Heilbehandlung, Krankentransporten und Rücktransporten

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?
2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Behandlung?
2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Behandlung?
2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung während einer versicherten Auslandsreise (siehe Ziffer 1.4) - mit Ausnahme der Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie mit Ausnahme von Hypnose und von Psychotherapie - ersetzen wir die folgenden Aufwendungen:

2.2.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Behandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich Wegegelder und Reiseentschädigungen. Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel). Hierfür gilt Absatz 4.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen) und Operationen.

(2) Aufwendungen für Krankentransporte
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zur Erstversorgung beim nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus.

(3) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

(4) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie),
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Elektrotherapie,
- Lichttherapie sowie
- medizinische Bäder.

Dies setzt voraus, dass sie von einem in eigener Praxis tätigen Arzt oder - bei ärztlicher Verordnung - von einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten erbracht werden.

2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Behandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.

2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Behandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- schmerzstillende Zahnbehandlung,
- Füllungen in einfacher Ausführung sowie
- Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen) und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen.

2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)
- an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare 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.

2.3 Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung

Welche Aufwendungen für eine Überführung oder Bestattung ersetzen wir?

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

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen.

2.4 Unsere Serviceleistungen

Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:
- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von Kliniken im Ausland
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung
  Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie bis zu 10.000 Euro ab und übernehmen im Auftrag der →versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten.
- Versand von Medikamenten und Blutkonserven
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

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

Inhalt dieses Abschnitts:

3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?
3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?
3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

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 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.

3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise
Nachweise im Sinne von Ziffer 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.

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.

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.

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.

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 Kostenvoranschlag 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.

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.

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:
4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?
4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht
a) bei Reisen in Deutschland.

b) bei Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren.

c) für Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Auslandsreise für Sie oder die →versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt vorhersehbar war. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Auslandsreise wegen des Todes ihres Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.

d) bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

e) bei Krankheiten und Unfällen, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

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

g) bei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

h) bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.

i) bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

j) bei Rehabilitationsmaßnahmen.

k) bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn dort während eines vorübergehenden Aufenthalts eine Heilbehandlung
- wegen einer Erkrankung, die unabhängig vom Aufenthaltszweck ist, oder
- wegen eines dort eingetretenen Unfalls

notwendig wird.

l) bei Behandlungen geistiger oder seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.

m) für Hilfsmittel.

n) für
- Neuanfertigungen von Inlays (Einlagefüllungen), Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten,
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie),
- die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

o) für kieferorthopädische Behandlungen.

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.

5. Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten

Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

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.

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 Gefahrabsicherung 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 Ausübung 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 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?
2.3 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.4 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
2.5 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 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 60 oder 70 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Teil C Ziffer 6.3 Absätze 1 und 3 kündigen.

2.3 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) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren
Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschrift-

mandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erteilt wird.

(5) 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.

(6) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.4 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 2.3 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.

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

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.3 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 Kündung 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.

3.2 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 die Regelungen für die Anpassung von Beitrag, vereinbartem Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen sowie 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 2.3 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 2.4 Absatz 1).

(2) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.4 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht. Im Rahmen dieses Tarifs erbringen wir in diesen Fällen jedoch teilweise Leistungen. Dabei gilt Folgendes:

a) Versicherungsfälle, die zwischen dem Abschluss dieses Tarifs und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten
Bei Versicherungsfällen, die nach Abschluss dieses Tarifs aber vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

b) Versicherungsfälle, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten
Bei Versicherungsfällen, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

(3) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 und 2 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Anpassung von Beitrag, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag und einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen?
2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag und einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen?

(1) Voraussetzungen
Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den →technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Wenn diese Gegenüberstellung für eine →Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung eines Risikozuschlags
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über eine Beitragsanpassung sowie eine Änderung eines vereinbarten Risikozuschlags informieren. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(3) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 6.3 Absätze 1 und 4 ein Kündigungsrecht.

2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Versicherungsbedingungen anzupassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern. Hierzu gehören insbesondere Änderungen von gesetzlichen Vorschriften, auf denen einzelne Regelungen des Vertrags beruhen.

Eine Anpassung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn
- sie zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder
- das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der →Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt und ein unabhängiger →Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Keine Schlechterstellung der Versicherten
Die geänderten Versicherungsbedingungen dürfen die Versicherten als einzige Regelung und im Zusammenwirken mit anderen Regelungen des Vertrags nicht schlechter stellen als die vor der Änderung geltenden Versicherungsbedingungen.

(4) Wirksamwerden der Änderungen
Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(5) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 6.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

3. Anteilige Beitragszahlung und Beitragsnachlass bei Vorauszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

3.1 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
3.2 Erhalten Sie bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass?

3.1 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Kindernachversicherung
Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nicht am Monatsersten beginnt, können wir für die betroffene →versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) 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.

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung
Wenn ein Tarif dieses Bausteins 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.

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

3.2 Erhalten Sie bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass?

Ihr Beitrag ist als Monatsbeitrag kalkuliert und wird zu Beginn eines jeden Monats fällig (siehe Teil B Ziffer 2.3 Absatz 2 b)). Wenn Sie mehrere Monatsbeiträge im Voraus zahlen, kann ein Nachlass vereinbart werden.

4. Ihr Recht zur Kindernachversicherung

Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern
Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse, wenn
- ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert war,
- die Versicherung für das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird und
- für das Neugeborene kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.

Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach der für das Neugeborene abgeschlossenen Reise-Krankenversicherung auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern
Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse, wenn
- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war,
- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird und
- für das Adoptivkind kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

5. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag
Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Leistungsempfänger
Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person
Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn
- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,
- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

6. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

6.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
6.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
6.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
6.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
6.5 Wann endet der Vertrag im Todesfall?
6.6 Wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

Die Vertragsdauer beträgt pro →versicherte Person ein Jahr (Versicherungsjahr). Die Reise-Krankenversicherung (RP) verlängert sich pro versicherte Person um jeweils ein weiteres Jahr, sofern sie nicht nach Ziffern 6.3 oder 6.4 gekündigt wird.

6.2 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.

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

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 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 5 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung
Sie können den Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen
Wenn eine vertragliche Regelung dazu führt, dass sich der Beitrag erhöht, weil
- ein bestimmtes Alter erreicht worden ist oder andere in der Regelung genannte Voraussetzungen eingetreten sind und
- nunmehr ein Beitrag zu zahlen ist, der sich aus diesem Alter oder der entsprechenden Altersgruppe ergibt,

können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen
Wenn wir den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 2.1 erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.2 Absatz 1 vermindern, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(5) 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.

6.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir können die Reise-Krankenversicherung (RP) mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Versicherungsjahrs kündigen.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

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

6.5 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.

6.6 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach der Reise-Krankenversicherung (RP) 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 Auslandsaufenthalts.

Wenn es medizinisch notwendig ist, die versicherte Person über den Zeitpunkt, in dem der Versicherungsschutz geendet hat, hinaus medizinisch zu behandeln, erbringen wir für einen schwebenden Versicherungsfall die versicherten Leistungen, solange eine Rückreise die Gesundheit der versicherten Person gefährden würde.

7. Fortsetzung des Vertrags

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 (RP) unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers
Wenn der Tarif endet, weil Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt haben, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung (RP) unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Wegzug unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

Für eine Fortsetzung müssen die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach Teil A Ziffer 1.3 Absatz 2 erfüllt sein.

(3) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Tarif aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung (RP) 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.

(4) 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 (RP), 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.

8. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

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

13. 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 (RP) 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.

Beobachtungseinheit.
Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

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).

technische Berechnungsgrundlagen.
Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.
Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

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

Versicherungsfähigkeit.
Eine in Teil A geregelte, 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.