



Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif AR8 (AVB)

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (vgl. a. § 5 (1)) Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburt und Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland.

(5) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

(6) Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei sechs Wochen nicht übersteigen. Bei längeren Auslandsaufenthalten besteht Versicherungsschutz nur für die ersten sechs Wochen. Auf Antrag kann mit dem Versicherer vor Antritt der Auslandsreise eine Verlängerung der Frist bis zu acht Wochen vereinbart werden.

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

§ 2 Dauer und Abschluß des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr. Bei Beginn des Vertrages nach dem 01.01. des jeweiligen Kalenderjahres endet das erste Versicherungsjahr jeweils mit dem 31.12. des entsprechenden Jahres.

(2) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages durch den Versicherer zustande. Die Annahme des Antrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines. Wird die Versicherung auf einem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Einzahlungs- oder Anmeldevordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Einzahlung des Beitrages (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle oder Tag der Abgabe des Banküberweisungsauftrages, Ausführung vorausgesetzt) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigten Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.

(3) Mit Einzahlungsdruck kann eine Versicherung nur vor Antritt der Reise beantragt werden.

(4) Der Antrag kann innerhalb von zehn Tagen nach Unterzeichnung, spätestens bis zum Antritt der Reise, vom Antragsteller schriftlich widerrufen werden, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Maßgebend ist das Datum des Poststempels.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz für eine Auslandsreise beginnt mit dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, wird nicht geleistet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(2) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen aus einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für

- Leistungen der Ärzte; der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten frei, die nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind;
- Arznei- und Verbandmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate;

c) Heilmittel: Als Heilmittel gelten ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heilgymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes;

d) medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;

e) Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistung in einem Krankenhaus, das im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, soweit erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Es ist ein am Aufenthaltsort befindliches bzw. das nächst erreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen;

f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare anerkannte Krankenhaus und zum nächst erreichbaren Arzt;

g) schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen.

(3) Neben den Leistungen nach (1) und (2) gewährt der Versicherer folgende Leistungen:

a) Erstattung der Mehrkosten, die durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn auf Grund der Erkrankung eine ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht durchgeführt werden kann.

Die Mehrkosten für einen Rücktransport werden auch dann übernommen, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen notwendig wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransportkosten übersteigen würden. Voraussetzung ist, dass der Rücktransport medizinisch vertretbar ist.

Die Kosten für eine Begleitperson, für die zum Zeitpunkt des Rücktransportes beim Versicherer ebenfalls Versicherungsschutz für Rücktransport besteht, sind auch erstattungsfähig.

b) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während der Reise: erstattungsfähig sind die unmittelbaren Kosten einer Überführung an einen ständigen, vor Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz bis 10.000 Euro;

c) Bestattungskosten: erfolgt keine Überführung des Leichnams, sind die Bestattungskosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens jedoch bis zu 10.000 Euro.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

a) Heilbehandlung, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;

b) Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;

c) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, Vorsorgeuntersuchungen;

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;

e) Behandlung durch Ehegatten und Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

a) Der Versicherer gewährt die Leistungen nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und Behandlungsdaten und vorgenommene Leistungen spezifiziert sein. Für die Erstattung von Rücktransportkosten ist neben Belegen für die Kosten des Rücktransportes eine Bescheinigung über die Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen. Ein Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch Kostenbelege, die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung der Todesursache zu begründen

b) Die erforderlichen Nachweise sollen spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach Beendigung der Reise, dem Rücktransport, der Überführung oder Bestattung eingereicht werden.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem Ablauf des Versicherungsvertrages und vor Ablauf mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt der Grenzübertritt in das Inland oder die Aufnahme in ein für den Wohnort zuständiges Krankenhaus. Er endet in der Regel mit dem Ablauf der 6. Woche eines Auslandsaufenthaltes.

(2) Im Ausland werden jedoch für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt des Ablaufes des Versicherungsvertrages noch andauern, bei nachgewiesener Transportunfähigkeit, die Versicherungsleistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weitergewährt.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag gilt pro versicherte Person und Versicherungsjahr. Der erste Beitrag ist bei Abschluß des Versicherungsvertrages, Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn eines jeden Kalenderjahres zu zahlen.

(2) Der Beitrag ergibt sich aus der jeweils gültigen Übersicht.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherte hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

(3) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 28 (Abs. 2-4) Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 (1) bis (2) genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Solange die in § 9 (3) genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

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

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

Sonstige Bestimmungen

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 13 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 14 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn 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. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 15 Schlussbestimmung

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beigefügt.

Tarif AR8

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % erstattet.

Im ersten Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsbeginn nach dem 01.01. eines Jahres liegt, wird der Beitrag in Monatsbeiträgen berechnet.

Beitragsübersicht

Der Beitrag für eine versicherte Person beträgt

Er beträgt

bis zum vollendeten 64. Lebensjahres **7,80 Euro**
ab dem vollendeten 64. Lebensjahres **15,60 Euro**

bis zum vollendeten 64. Lebensjahr **0,65 Euro**
ab dem vollendeten 64. Lebensjahr **1,30 Euro**

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

§ 86

Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

Bankverbindungen:

SEB Bank AG Düsseldorf
Kto-Nr. 10 15 80 71 00 - (BLZ: 300 101 11)

Commerzbank Düsseldorf
Kto-Nr. 18 82 26 500 - (BLZ: 300 400 00)

Vorstand:

Ludwig Willems (Vorsitzender)
Willi Tiltmann
Dieter Turowski

Aufsichtsrat:

Dieter Deichmann (Vorsitzender)

Registergericht:

Amtsgericht Düsseldorf,
HRB 21 160