

Auslandsreise-Krankenversicherung (Tarif AR)

- Stand: 1. Februar 2012 -

Produktinformationsblatt

Nachfolgend erhalten Sie erste Informationen zu dem Ihnen vorgeschlagenen Versicherungsvertrag. **Diese Übersicht ist nicht abschließend.** Dem Versicherungsvertrag werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, die unten genannten Vertragsbestimmungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die einschlägigen Gesetze zugrunde liegen.

Welche Risiken decken wir durch den Versicherungsvertrag ab?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung bietet Versicherungsschutz bei kurzfristigen Auslandsreisen (mit medizinisch notwendigem Rücktransport) bis zu jeweils 70 Tagen, gegebenenfalls unter Anrechnung von Leistungen anderer Kostenträger.

Den Umfang unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) Tarif AR.

Welche Vertragsbestimmungen gelten für den Versicherungsvertrag nach Tarif AR?

Für den vorgeschlagenen Versicherungsvertrag gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) und die Vertragsinformationen sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung bei der Debeka (Datenschutzmerkblatt).

Wie hoch ist Ihr Beitrag; ab wann und für welchen Zeitraum ist dieser zu entrichten und welche Folgen hat eine unterbliebene oder verspätete Zahlung?

- Der Beitrag für ein Versicherungsjahr beträgt für
 - Männer, Frauen und allein versicherte Kinder je Person 6,00 Euro,
 - mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres je Kinder 2,50 Euro.
- Der Beitrag für den Tarif AR ist ein Jahresbeitrag und jeweils für ein Versicherungsjahr im Voraus zu entrichten. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn des Versicherungsverhältnisses in der Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AR und endet mit dem gleichen Monat des Folgejahres.
- Die Versicherung schließen wir nur ab, wenn Sie uns im Antrag eine Einzugsermächtigung erteilen. Dabei gehen wir davon aus, dass wir den Erstbeitrag zeitnah nach Versendung des Versicherungsscheins einziehen können. Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, sind wir im Versicherungsfall leistungsfrei. Außerdem können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
- Bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrags fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, entfällt - gegebenenfalls beschränkt auf einzelne versicherte Personen - der Versicherungsschutz.

Für welche Fälle können wir keinen Versicherungsschutz übernehmen?

Bitte beachten Sie § 3 Nr. 2 und § 5 der AVB/AR.

Welche Verpflichtungen bestehen bei Vertragsabschluss und welche Rechtsfolgen treten ein, wenn diese nicht erfüllt werden?

- Der Versicherungsantrag muss eindeutige und vollständige Angaben über die zu versichernden Personen und über den Beginn des Versicherungsvertrages enthalten. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer den Antrag nicht selbst ausgefüllt hat.
- Außerdem muss der Antrag eine Ermächtigung zum Einzug des Versicherungsbeitrags und die erforderlichen Unterschriften enthalten.

Bei Verletzung dieser Pflichten kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande.

Einzelheiten finden Sie in § 2 AVB/AR.

Welche Verpflichtungen bestehen während der Laufzeit des Vertrags und welche Rechtsfolgen treten ein, wenn diese nicht erfüllt werden?

- Sollte sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändern, teilen Sie dies uns bitte unverzüglich mit. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung zu unterrichten (§ 9 Nr. 5 AVB/AR).

Wird eine Verpflichtung verletzt, können wir - je nach Art der Verletzung - ganz oder teilweise von unserer Leistungspflicht befreit sein. Einzelheiten finden Sie in den §§ 9, 10 und 11 AVB/AR.

Welche Verpflichtungen bestehen bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Rechtsfolgen treten ein, wenn diese nicht erfüllt werden?

- Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist (§ 9 Nr. 1 AVB/AR).
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen (§ 9 Nr. 2 AVB/AR).

Wird eine Verpflichtung verletzt, können wir - je nach Art der Verletzung - ganz oder teilweise von unserer Leistungspflicht befreit sein. Einzelheiten finden Sie in den §§ 9 und 10 AVB/AR.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes (Grenzüberschreitung aus der Bundesrepublik Deutschland). Wird die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an eine bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. bestehende Krankheitskostenvollversicherung mit Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz beantragt, entfällt die Einschränkung zum Versicherungsbeginn gemäß Satz 1.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Darüber hinaus endet der Versicherungsschutz mit Ablauf des 70. Tages einer Auslandsreise; ist die Rückkehr bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist (§ 7 AVB/AR).

Welche Möglichkeiten haben Sie, den Vertrag zu beenden?

Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird (§ 2 Nr. 2 AVB/AR).

Hinweis

Die genannten Beiträge und Kurzbeschreibungen zu den Tarifen basieren auf dem Stand Februar 2012. Bei einem Vertragsabschluss sind die Tarif- und Beitragsangaben im Versicherungsschein maßgeblich. Einzelheiten zu den beschriebenen Tarifen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) Tarif AR

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Aufnahmefähigkeit

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er die im Ausland entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

Wenn ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Auslandsreise eingetreten war, werden Aufwendungen gemäß § 4 Nr. 1 Buchst. a und b insoweit erstattet, als nicht absehbar ärztliche Hilfe im Ausland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

Wurde eine Reise wegen des Todes des Ehegatten oder des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen, so besteht außerdem eine Leistungspflicht für Behandlungen im Ausland, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten.

2. Versicherungsfall ist die nach Nummer 1 medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

3. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland mit Ausnahme der Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, eventuellen besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den in der Bundesrepublik Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften.

5. Der Versicherungsschutz besteht für jede Auslandsreise, die die versicherte Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternimmt, und zwar jeweils bis zu einer Höchstreisedauer von 70 Tagen. Der Versicherungsschutz verlängert sich unter der Voraussetzung des § 7 Buchst. b, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Endet das Versicherungsjahr während der Auslandsreise, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. § 7 Buchst. b gilt entsprechend.

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

6. Aufnahmefähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die in der deutschen gesetzlichen bzw. bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung verfügen.

7. Diese Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Beiträge gemäß § 2 Satz 3 der Satzung.

§ 2 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag kommt mit dem Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bei dem Versicherer zustande. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über die zu versichernden Personen und über den Beginn des Versicherungsvertrages sowie eine Einzugsermächtigung und die erforderlichen Unterschriften enthält.

2. Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen werden. Wird der Versicherungsvertrag während einer Auslandsreise abgeschlossen, besteht Versicherungsschutz erst mit Antritt einer neuen Auslandsreise. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

3. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Versicherungsbeginn (vgl. § 3 Nr. 1) und endet mit dem gleichen Monat des Folgejahres.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (vgl. § 2 Nr. 1) und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes (Grenzüberschreitung aus der Bundesrepublik Deutschland).

Wird die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an eine bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. bestehende Krankheitskostenvollversicherung mit Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz beantragt, entfällt die Einschränkung zum Versicherungsbeginn gemäß Satz 1.

2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Es gilt aber die Ausnahme gemäß § 1 Nr. 1 Satz 3 und 4.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Mit 100 % werden die während einer Auslandsreise entstandenen Aufwendungen erstattet für:

a) ambulante ärztliche und schmerzstillende zahnärztliche Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparatur von Prothesen, Arznei-, Verband- und Heilmittel, Strahlendiagnostik, stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich Operationen;

b) medizinisch notwendigen Krankentransport zur erforderlichen akuten Erstversorgung zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt sowie den gegebenenfalls medizinisch notwendigen Krankentransport von der Erstversorgungseinrichtung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus im jeweiligen Land;

c) Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel (technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen), soweit diese erstmals erforderlich werden, sowie Kauf von Gehstützen, Liegeschalen, Orthesen und Kompressionsstrümpfen in einem akuten Fall;

d) Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu einem grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn

- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
- nach ärztlicher Prognose eine stationäre Behandlung länger als 14 Tage dauern würde;

medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung der versicherten Person zu befürchten ist;

e) Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 11.000 Euro;

f) Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.

2. Soweit aus anderen Auslandsreise-Krankenversicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, besteht unsere Leistungspflicht in der Höhe, wie sie bei einem Ausgleich nach § 78 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zu erbringen wäre. Es steht dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadensfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall zuerst dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G., wird dieser - nach Maßgabe dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen - in voller Höhe in Vorleistung treten.

3. Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

4. Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmittel müssen von den in Nummer 3 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

5. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

6. 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 vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

7. Als Versicherungsfall nach § 1 Nr. 1 und 2 gelten auch nicht absehbare Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt, Frühgeburt oder notfallbedingten Schwangerschaftsabbruchs. Für diese Versicherungsfälle wird jedoch nicht geleistet, sofern sie nach der 36. Schwangerschaftswoche eintreten, es sei denn, der darüber hinausgehende Auslandsaufenthalt wurde durch einen vorherigen Eintritt eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen notwendig. Für zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche eintretende Versicherungsfälle nach Satz 1 werden Versicherungsleistungen nur dann erbracht, wenn dem Versicherer eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, aus der hervorgeht, dass Antritt und Dauer der Reise aus ärztlicher Sicht unbedenklich gewesen waren.

Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, sofern die Kosten der Entbindung (Satz 1 bis 3) tarifgemäß erstattet werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für:

- a) Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
- b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- c) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie;
- d) Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- e) Kauf von Hilfsmitteln; eine etwaige Leistungspflicht nach § 4 Nr. 1 Buchst. c bleibt hiervon unberührt;
- f) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- g) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort; die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eintretenden Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- h) Behandlung durch Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; Sachaufwendungen werden erstattet;
- i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- j) Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wurde;
- k) die Kosten von Behandlungen, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt fest stand; eine etwaige Leistungspflicht nach § 1 Nr. 1 Satz 3 und 4 bleibt hiervon unberührt.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsoriginalen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Beteiligt sich ein anderer Kostenträger an den Aufwendungen, so sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist dann nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

2. Alle Belege müssen Namen und Anschrift des Arztes oder Zahnarztes, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen der Name der versicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

3. Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

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

5. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

6. Kosten für Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers oder der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (siehe Nummer 4) gewählt wurden, werden von den Leistungen abgezogen.

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

8. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

- a) mit dem Ende des Versicherungsvertrages (vgl. § 2 Nr. 2 und § 14);
- b) mit Ablauf des 70. Tages einer Auslandsreise; ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist. § 4 Nr. 7 letzter Satz gilt entsprechend;
- c) mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes, d. h. mit Grenzübertritt in die Bundesrepublik Deutschland.

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und beträgt für Männer 6 Euro, Frauen 6 Euro, Kinder bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres 2,50 Euro. Für allein versicherte Kinder ist der Männer- bzw. Frauenbeitrag zu zahlen.

2. Folgebeiträge sind jeweils zum ersten Tag eines jeden Versicherungsjahres fällig.

3. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Nr. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. 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 Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

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. Soweit der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm (ihr) entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Ist eine Abtretung des

Ersatzanspruches nicht möglich, so ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verpflichtet, den Ersatzanspruch bei dem Dritten geltend zu machen und die dadurch erhaltenen Leistungen an den Versicherer zu überweisen. Diese Verpflichtung besteht bis zu der Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird.

4. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in Nummer 1 bis 3 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.

5. 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist Nummer 1 bis 4 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 Ende der Versicherung

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

2. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 15 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages

1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres mitgeteilt werden.

2. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) ...

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

(3) Abweichend von 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 oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist

der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 78 Haftung bei Mehrfachversicherung

(1) ...

(2) Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet, die sie dem Versicherungsnehmer nach dem jeweiligen Vertrag zu zahlen haben. Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleich nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist.

§ 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Vertragsinformationen

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner ist der Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Sitz Koblenz am Rhein; eingetragen im Handelsregister am Amtsgericht Koblenz unter HRB 125.

2 Haben wir Vertreter in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union?

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland haben wir keinen Vertreter in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union.

3 Wie lautet unsere ladungsfähige Anschrift?

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18
56073 Koblenz

Vertretungsberechtigter: Vorstandsvorsitzender Uwe Laue

4 Worin besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Unser Hauptgeschäft ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Krankenversicherung und Pflegeversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

5 Bestehen Garantiefonds oder ähnliche Entschädigungsregelungen?

Für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AR sind keine Garantiefonds oder ähnliche Entschädigungsregelungen eingerichtet.

6 Welche Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten und was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

a) Für Ihren Vertrag gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) Tarif AR.

b) Die wesentlichen Merkmale der Versicherung, insbesondere Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt, dem Antrag und dem Versicherungsschein.

7 Wie hoch ist der Gesamtpreis der Versicherung?

Der zu entrichtende Gesamtbeitrag wird im Versicherungsschein ausgewiesen. Maßgeblich ist der im Versicherungsschein beurkundete Beitrag.

Der Versicherungsschein enthält zusätzlich die Einzelbeiträge je Tarif, aus denen sich der Gesamtbeitrag zusammensetzt.

8 Fallen über den Gesamtpreis hinaus Steuern, Gebühren oder Kosten an?

Über den Gesamtpreis hinaus erheben wir keine Steuern, Gebühren oder Kosten.

9 Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Einzelheiten zur Höhe und Fälligkeit des Beitrags sowie die Zahlungsweise finden Sie im Produktinformationsblatt, Antrag, Versicherungsschein und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

10 Wie ist die Gültigkeitsdauer der Informationen beispielsweise eines Angebotes befristet?

Für die Auslandsreise-Krankenversicherung erfolgt keine Risikoprüfung, sodass auch keine Angebote unterbreitet werden. Die Gültigkeitsdauer des Antragsformulars und der darin genannten Jahresbeiträge entnehmen Sie dem Antragsformular.

11 Bestehen besondere Risiken durch Finanzinstrumente?

Für den Krankenversicherungsvertrag gelten keine Finanzinstrumente, die mit speziellen Risiken behaftet sind oder den Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegen.

12 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Vertrag kommt mit dem Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bei uns zustande, es sei denn, Sie widerrufen Ihre Vertragserklärung fristgemäß (siehe Punkt 13). Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über die zu versichernden Personen und über den Beginn des Vertrages sowie eine Einzugsermächtigung und die erforderlichen Unterschriften enthält.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes (Grenzüberschreitung aus der Bundesrepublik Deutschland).

Wird die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an eine bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. bestehende Krankheitskostenvollversicherung mit Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz beantragt, entfällt die Einschränkung zum Versicherungsbeginn gemäß Satz 1.

Falls wir Ihren Antrag nicht ohne Abweichungen annehmen können, ergeben sich die Abweichungen und Rechtsfolgen aus dem Versicherungsschein. Mit Ihrem Einverständnis kommt der Versicherungsvertrag mit dem Inhalt des Versicherungsscheins zustande.

An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden (Antragsbindungsfrist). Das bedeutet, dass wir uns innerhalb dieser Frist entscheiden müssen, ob wir den Antrag annehmen oder nicht. Eine verspätete Annahme gilt als neuer Antrag, der mit Ihrem Einverständnis, z. B. durch Zahlung des Erstbeitrages, ebenfalls zum Vertragsschluss führt. Unabhängig von der Antragsbindungsfrist können Sie Ihren Antrag widerrufen; sehen Sie dazu Punkt 13.

13 Wie und mit welchen Rechtsfolgen können Sie Ihren Antrag widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18
56073 Koblenz
Telefax (0261) 4 14 02
E-Mail: kundenservice@debeka.de

Vorstand: Uwe Laue (Vorsitzender), Rolf Florian, Roland Weber, Thomas Brahm, Dr. Peter Görg

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den auf den Kalendertag entfallenden Teil des im Versicherungsschein für den/die neuen Tarif/e ausgewiesenen "Gesamtbeitrag neu" (bei Umschreibung um die Differenz zwischen dem bisherigen und dem neuen Gesamtbeitrag). Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass

empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

14 Wie lange ist die Laufzeit des Vertrages?

Angaben zur (Mindest-)Laufzeit des Vertrages ergeben sich aus dem Produktinformationsblatt, dem Antrag und dem Versicherungsschein.

15 Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AR wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt wird (§ 2 Nr. 2 AVB/AR).

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Versicherungsbeginn und endet mit dem gleichen Monat des Folgejahres (§ 2 Nr. 3 AVB/AR).

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben (§ 207 Abs. 2 Satz 2 VVG).

16 Welches Recht der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liegt der Aufnahme der Beziehungen der Vertragspartner vor Vertragsabschluss zugrunde?

Auf unser Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

17 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung und welches Gericht ist ggf. zuständig?

Für das Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Der allgemeine Gerichtsstand für Klagen gegen uns ist Koblenz. Gemäß § 215 VVG können Sie aber auch an dem Gericht klagen, in dessen Zuständigkeitsbereich Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben oder in Ermangelung eines solchen Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort liegt.

18 Welche Sprache ist Vertragssprache?

Sämtliche Informationen über Ihr Vertragsverhältnis, insbesondere die Vertragsbedingungen und die Informationen gemäß § 7 Abs. 1 VVG werden wir in deutscher Sprache mitteilen. Ebenso werden wir den Schriftverkehr (gegebenenfalls auch nur in Textform, z. B. als Fax oder E-Mail), Gespräche und Telefonate während der gesamten Vertragsdauer auf Deutsch führen.

19 Welchen Zugang zu außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfverfahren haben Sie?

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Sie können damit das kostenlose Einigungs- und Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Der PKV-Ombudsmann ist der für die private Kranken- und Pflegeversicherung zuständige außergerichtliche Streitschlichter. Seine schriftlichen Empfehlungen haben für beide Seiten unverbindlichen Charakter. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20 Wie lauten Name und Anschrift unserer Aufsichtsbehörde und welche Beschwerdemöglichkeiten haben Sie bei dieser Behörde?

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Gaurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an diese Behörde zu wenden.