

**Tarifblatt AIDWORKER-PLUS-RK /  
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung**

**Inhaltsverzeichnis**

Tarifblatt AIDWORKER-PLUS-RK (AW-PLUS-RK – 010117) ..... S. 1  
**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013)** ..... S. 2

**Tarifblatt AIDWORKER-PLUS-RK  
(AW-PLUS-RK – 010117)**

**Auslandskrankenversicherung für Fachkräfte und sonstige Helfer im Ausland, die im Einsatzland für die Dauer des versicherten Auslandsaufenthaltes Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben**

**Krankheitskosten-Risiko-Gruppenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung während langfristiger Auslandsaufenthalte (2013)**

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

**I. Versicherungsfähigkeit**

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrages versicherbaren Personen versichert sein, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen und die im Einsatzland für die Dauer des versicherten Auslandsaufenthaltes Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden, wenn sie ebenfalls für die Dauer des versicherten Auslandsaufenthaltes Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben.

**II. Geltungsbereich**

Der Versicherer bietet weltweiten Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist mit Ausnahme von Deutschland (vgl. Nr. 3). Die Dauer verlängert sich, wenn
  - 2.1 die Wiederausreise aus medizinischen Gründen unzumutbar ist. Von einer Unzumutbarkeit ist auszugehen, wenn der Versicherte entweder nicht transportfähig ist oder die Wiederausreise zu gravierenden Gefahren für Leib und Leben führen würde;
  - 2.2 der Entwicklungshelfer seinen Aufenthalt im Einsatzland auf Weisung des Versicherungsnehmers aus politischen Gründen (Krisensituationen) vorübergehend abbrechen muss.

In den Fällen nach Absatz 2.1 und 2.2 endet der Versicherungsschutz aber jedenfalls mit Beendigung des Entwicklungshelfervertrages.
3. Im Falle eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland (Reiseunterbrechung) ruht der Versicherungsschutz für dessen Dauer.

**III. Versicherungsleistungen**

Erstattungsfähig sind:

1. **unter Anrechnung der Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die zunächst in Anspruch zu nehmen ist, bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für**
  - 1.1 ärztliche Leistungen zu 100 %
  - 1.2 Hebammenleistungen zu 100 %. Für die ambulante Vor- und Nachsorge bei stationärer Geburt werden maximal 200€ erstattet.
  - 1.3 verordnete Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
  - 1.4 verordnete Heilmittel zu 100 % Erstattungsfähig sind insofern:  
Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.
  - 1.5 verordnete Hilfsmittel in folgendem Umfang:
    - 1.5.1 Sehhilfen bis zu 200€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
    - 1.5.2 Krankenfahrräder bis zu 675€
    - 1.5.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ einmal je Versicherungsjahr
    - 1.5.4 Bei medizinischer Notwendigkeit sind außerdem ausschließlich erstattungsfähig Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen,

Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel und Hörgeräte in einfacher Ausführung. Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central bezogen werden:

Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herzaktivität von Kleinkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.

Für alle hier aufgeführten Hilfsmittel gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Ist eine Miete möglich, sind ausschließlich die Aufwendungen für die Miete des medizinisch erforderlichen Hilfsmittels in einfacher Ausführung erstattungsfähig.

- 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes zu 100 %
- 1.7 Psychotherapie, höchstens für 20 Sitzungen je Versicherungsjahr
- 1.8 gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen) zu 100 %
- 1.9 Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-a-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung) sowie sonstige für eine geplante Reise erforderliche bzw. vorgeschriebene Schutzimpfungen zu 100 %
- 1.10 Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung) einer verheirateten versicherten Person nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Versicherer zu 50 %
- 1.11 medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation zu 100 %
- 1.12 Ergibt sich nach einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt die ärztlich attestierte Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege eines Versicherten von qualifiziertem Fachpersonal, wird dafür für längstens 30 Tage ein Erstattungsbetrag für nachgewiesene Kosten in Höhe von maximal 50€ pro Tag zur Verfügung gestellt, sofern die Höchstleistung pro Versicherungsfall noch nicht erreicht ist.  
Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70 % der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.
2. **unter Anrechnung der Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für**
  - 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus zu 100 %  
Für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus auch für eine Begleitperson übernommen.
  - 2.2 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie und Psychoanalyse sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig
  - 2.3 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.  
Bei einer stationären Heilbehandlung kann anstelle der Erstattung für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus die Übernahme der Kosten für häusliche medizinische Betreuung bis zu 2.000€ gewählt werden, sofern diese Betreuung in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung anstelle eines ansonsten medizinisch erforderlichen weiteren Krankenhausaufenthaltes erfolgt, ärztlich verordnet ist und von einer qualifizierten Betreuungskraft (Krankenschwester oder Pfleger) durchgeführt wird.  
Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70% der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.
3. **unter Anrechnung der Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für**
  - 3.1 Zahnbehandlung (außer Inlays und Zahnkronen aller Art)
  - 3.2 Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen aller Art sowie Zahn- und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, zu 50 % bis zu den Höchstsummen der folgenden Staffel:
    - bei einem durch Unfall verursachten Versicherungsfall 2.500€,**in allen anderen Versicherungsfällen:**  
in allen anderen Versicherungsfällen 1.300€ je Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistungen für Zahnbehandlung (III. Abs. 3.1) im selben Versicherungsjahr  
Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70% der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.
4. **bei Transporten**
  - 4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn

- 4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn
- 4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn
- 4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransportes übersteigen würden, zu 100 %.

In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000€ erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

- 4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000€.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

- 4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.4 im Falle einer versicherten Schwangerschaft und Entbindung die Kosten von Hin- und Rückflug ins Ausreiseland in der günstigsten Klasse zu 80 %, maximal jedoch 2.000€, wenn die Geburt nicht im Einsatzland erfolgen soll. Diese Leistung entfällt, wenn auf Grund der Schwangerschaft ein medizinisch notwendiger Rücktransport gemäß II. Absatz 4.1 erfolgte.

#### 5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€.
6. **Durch Selbstmord oder Selbstmordversuch entstehende Kosten**

sind im Rahmen der unter III. Absatz 1 bis 5 genannten Leistungen und Leistungsgrenzen erstattungsfähig.

#### IV. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013), es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
2. Bei einer Änderung der Beiträge gemäß § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) können auch die betragsmäßig festgestellten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen sowie Pauschalbeträge geändert werden. Die geänderten Beträge werden mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Abweichend von § 2 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) ist eine Mindestdauer von drei Monaten nicht erforderlich.
4. Anstelle des § 2 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) gilt die folgende Formulierung: Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Weiterhin steht der Geburt eines Kindes die Übernahme eines Pflegekindes gleich, sofern für das Kind ein Kindergeldanspruch besteht. Der Versicherungsschutz für adoptierte Kinder sowie Pflegekinder im Ausland beginnt ab dem Zeitpunkt der Kindergeldzahlung.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013)

der Central Krankenversicherung AG

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland (siehe jedoch auch Absatz 4 Satz 4). Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen, dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

- (2) Erfolgt mit der Anmeldung zur Versicherung eine Gesundheitsprüfung und werden aufgrund dieser erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Anmeldung, der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung, den gewählten Tarifen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die vor Veröffentlichung der Reisewarnung bereits in diese Länder ausgereist sind, sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.

- (5) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.

- (6) Der Hauptversicherte kann für die Zeit nach Beendigung des Auslandsaufenthalts als Versicherungsnehmer eine Anwartschaftsversicherung auf Versicherung in einem gleichartigen Tarif beantragen, den der Versicherer hierfür zur Verfügung stellt, sofern die sonstigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung vorliegen. Der Antrag auf Abschluss dieser Anwartschaftsversicherung muss gleichzeitig mit der Anmeldung zur Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags gestellt werden.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags, nicht vor der Ausreise und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Sind seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer.

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.

- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungen im Inland oder Ausland besteht.

- (5) Es gilt eine Wartezeit von acht Monaten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht und hierzu keine andere Regelung trifft. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gilt sie für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes und rechnet vom Beginn der Vertragsänderung an.

### § 3 Anmeldung

Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer zusammen mit dem Hauptversicherten. Soweit eine Risikoprüfung durchgeführt wird, hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuversichernden Personen die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Steht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung kein Arzt oder Zahnarzt zur Verfügung oder sind zur Vornahme der medizinisch erforderlichen Heilbehandlung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Behandelnde berechtigt, sind auch die Leistungen dieser anderen Behandelnden erstattungsfähig. Eine häusliche Behandlungspflege im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung kann durch jede staatlich examinierte Pflegekraft erfolgen. Sind zur Ausübung einer solchen Dienstleistung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Personen berechtigt, sind auch deren Pflegeleistungen erstattungsfähig.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend 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) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die, soweit vorhanden, den gültigen amtlichen Gebührenordnungen des Landes entsprechen, in dem die Heilbehandlung erfolgt. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
  - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;
  - für Behandlungen und die Erbringung sonstiger Leistungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Zusatzinformationen).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer

ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Eine Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag, wonach die Hauptversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben, gilt als Benennung der empfangsberechtigten Person im Sinne von Satz 2.

- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingeht, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für notwendige Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunahmen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:
- bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellter ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports und/oder eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde bzw. eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtlichen Kosten der stationären Heilbehandlung;
  - bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
  - bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

## § 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

## § 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

## § 9 Beitragszahlung

- (1) Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Die Beiträge sind am Monatsersten fällig.
- (2) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Absatz 2 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags führen.

## § 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es gilt immer der Beitrag des jeweils erreichten tariflichen Lebensalters bzw. der jeweils erreichten tariflichen Altersgruppe. Bei Erreichen eines neuen tariflichen Lebensalters bzw. einer neuen tariflichen Altersgruppe ist vom 1. des Folgemonats an der Beitrag für das aktuell erreichte Alter zu zahlen. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## § 11 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von

einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

## § 12 Obliegenheiten

- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen 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 hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

## § 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 12 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

## § 14 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Zusatzinformationen), 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 Hauptversicherte oder eine mitversicherte 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 Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Hauptversicherten oder einer mitversicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## § 16 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
  - a) Beendigung des Auslandsaufenthalts;
  - b) Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
  - c) dem Tod;
  - d) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags;
  - e) Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 dieser AVB, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) besteht, wird eine Abmeldung nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden;
  - f) Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.

(2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenvollversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrags entfallen, werden zurückgezahlt. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag – vgl. Absatz 1 Punkt b) –, ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags beantragt werden.

(6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund von § 11, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt abmelden, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Abmeldung ist auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung möglich.

## § 17 Willenserklärungen und Anzeigen

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

## § 18 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.