

**Tarifblatt AIDWORKER 24 /
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung**

Inhaltsverzeichnis

Tarifblatt AIDWORKER 24 (AW 24 – 010117) S. 1
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) S. 2

Tarifblatt AIDWORKER 24 (AW 24 – 010117)

Auslandskrankenversicherung für Freiwillige und andere Fachkräfte und Helfer für Auslandeinsätze bis 24 Monate

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) 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 (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) gelten als Ausland alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.
3. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von sechs Wochen Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.

III. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

1. **bei ambulanter Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für**
 - 1.1 ärztliche Leistungen
 - 1.2 Arzneien und Verbandmittel
 - 1.3 behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen und ärztlich verordnete Gehstützen sowie folgende Hilfsmittel, soweit sie unfallbedingt benötigt werden:
 - 1.3.1 Sehhilfen bis zu 150€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - 1.3.2 Krankenfahrstühle bis zu 675€
 - 1.3.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ je Versicherungsfall
 - 1.3.4 Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100 %
 - 1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
 - 1.5 Röntgendiagnostik
 - 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes
 - 1.7 Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Die Erstfeststellung eines psychischen Leidens wird bis zu 2.000€ erstattet.
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.
2. **bei stationärer Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für**
 - 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
 - 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
 - 2.1.2 belegärztliche Leistungen
 - 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km
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.

- 2.3 Die versicherte Person kann bei einer stationären Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland Kontakt zum Versicherer herstellen mit der Folge, dass dieser vor Ort die Prüfung der Heilbehandlung und eine besonders enge persönliche Begleitung der Versicherungsfälle veranlasst. Im Falle der Leistungspflicht können die Rechnungen direkt vor Ort beglichen werden.
- 2.4 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie 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.
3. **bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für**
 - 3.1 Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zu 100 %
 - 3.2 unfallbedingten Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, höchstens 2.500€ je Versicherungsfall.
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.
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 Rücktransports 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 versicherter Kinder unter 16 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 die nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehenden Kosten der Reise des Ehegatten, Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades an den Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen voraussichtlich übersteigen wird, bis zu 500€.
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 im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010)
- IV. **Weiterversicherungsrecht**
Hat der Versicherungsschutz mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden und scheidet der Versicherte aus dem Gruppenvertrag aus, so hat er, sofern er über einen Wohnsitz sowie eine Kontoverbindung in der Bundesrepublik Deutschland verfügt, das Recht auf Aufnahme in den Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
- V. **Einschränkung der Leistungspflicht**
Abweichend von § 5 Absatz 1a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Leistungspflicht auch in den Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010)

der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Vertragsdauer

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

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 bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung;
- b) der Tod.
- (2) Der Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
- Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (3) Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch nicht ihren überwiegenden Aufenthalt hat.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherte Personen, die sich in einem Land aufhalten, für das erst nach Beginn des Versicherungsschutzes eine Reisewarnung ausgesprochen wird, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag zustande kommt, beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor der Ausreise. Als Versicherungsbeginn muss immer der erste Tag der Auslandsreise angegeben werden.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Zustandekommen des Versicherungsvertrags

- (1) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag jeweils nach Ablauf einer eventuellen Widerrufsfrist nach § 8 VVG (siehe Anhang) wie folgt zustande kommen.

- a) Der Versicherungsvertrag kommt durch die Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordrucks (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrags als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrags, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Vordrucks.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordrucks.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für Personen, die die Voraussetzungen der Aufnahmefähigkeit gemäß den tariflichen Bestimmungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrags zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch ein Beitrag gezahlt, wird dieser – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – auf Antrag zurückgezahlt.

Für einen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland muss der Versicherungsvertrag vor Reiseantritt abgeschlossen werden, für einen Aufenthalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland spätestens einen Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn eine Beitragszahlung erfolgt ist. Der gezahlte Beitrag wird dann – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zurückgezahlt. Das Datum des Reiseantritts bzw. der Einreise ist auf Verlangen glaubhaft zu machen.

Wenn sich der vorübergehende Auslandsaufenthalt über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus verlängert, kann vor deren Ablauf die Vertragsdauer bis zur tariflichen Höchstversicherungsdauer ausgedehnt werden.

Bei einer Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach dem Tag der Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

Im Rahmen von Sondervereinbarungen, die mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. als Versicherungsnehmer zum Zweck der Versicherung von Personengruppen abgeschlossen werden, sind abweichende Vereinbarungen über das Zustandekommen und die Verlängerung der einzelnen Versicherungsverhältnisse sowie über die Beitragszahlung möglich.

- (2) Versicherungsbestätigungen werden nur aufgrund besonderer Vereinbarung ausgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif 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.

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

Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und Ähnliches werden nicht erstattet.

Heilmittel müssen von einem der unter Absatz 2 aufgeführten Therapeuten bzw. von einem staatlich geprüften Masseur, von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister oder – bei Leistungserbringung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland – gegebenenfalls von einem entsprechend qualifizierten Behandelnden erbracht 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 ausreichende 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 den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. 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 Kostenvoranschlag 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

- a) für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist;
- b) vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswort 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.
Die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel werden auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet;
- f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- h) für Beseitigung von Schönheitsfehlern oder körperlichen Anomalien, für Impfungen, Desinfektionen, ärztliche Gutachten, Atteste oder für Pflegepersonal außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung, soweit derartige nicht ausdrücklich tariflich vorgesehen sind;
- i) für Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, dieser ist unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten;
- j) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung);
- k) für Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
- l) für Inlays, Zahnersatz, Zahnkronen oder Kieferregulierung, sofern der Tarif hierfür nicht ausdrücklich Leistungen vorsieht;
- m) für eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die regelrecht verlaufende Entbindung. Bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen;

- (2) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben. Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Absatz 1 Buchstaben j) und k) nicht berührt.
- (3) 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 sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (4) 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. Der Versicherer ist nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) 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. Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (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 empfangsberechtigte für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank. Würden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben und war dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Wünscht der Versicherungsnehmer Überweisungen ins Ausland oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche 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 Zunamen 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 einigen Fällen ist neben der Originalrechnung noch ein Nachweis bzw. eine Bescheinigung mit vorzulegen, die nicht vom Ehe- oder Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ausgestellt sein dürfen. Hierbei handelt es sich um folgende zusätzliche Nachweise bzw. Bescheinigungen:
 - a) ein vor dem Rücktransport ausgestellter ärztlicher Nachweis über dessen medizinische Notwendigkeit;
 - b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - c) 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 dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Anhang) 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 dem Ablauf des Versicherungsvertrags, mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Rücktransports.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Versicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen längstens für weitere 90 Tage, sofern die Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

§ 9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrags zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist der Mehrbeitrag für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrags auf Verlängerung zu entrichten. Im Rahmen von Sondervereinbarungen mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. sind abweichende Regelungen möglich.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ist der Versicherungsnehmer ein Unternehmen, das die Versicherung für einen seiner Mitarbeiter abgeschlossen hat, so trifft diese Pflicht auch diesen Mitarbeiter und die betroffenen versicherten Personen. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Sofern bei Vertragsabschluss noch nicht geschehen, ist dem Versicherer auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei den in § 213 VVG (siehe Anhang) genannten Personen und Stellen einzuholen.
Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 11 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 § 10 Abs. 1 bis 4 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, 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 eine 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 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 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 Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§13 Aufrechnung

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

§14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§15 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 Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.