Informationen zu Ihrer Auslandsreise-Krankenversicherung

Kundeninformationen

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif RVL20/RBL20 für eine einzelne längere Reise ohne Aufenthalt in den USA/Kanada

Tarif RVU20/RBU20 für eine einzelne längere Reise mit Aufenthalt in den USA/Kanada

Anhang

APTBR20L, Stand: 06.2026

Kundeninformationen gemäß § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Identität des Versicherers

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
HUK-COBURG-Platz 1
96444 Coburg

Sitz der AG: Coburg
eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 1537
St.-Nr. 9212/101/00021

Ladungsfähige Anschrift

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
HUK-COBURG-Platz 1
96444 Coburg

Ladungsfähige Vertreter sind die Vorstände Degenhard Meier und Stefan Gronbach.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung.

Garantiefonds, Entschädigungsregelung

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG ist Mitglied der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrages werden der Antrag und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung. Die Versicherungsbestätigung stellt den Versicherungsschein dar.

Versicherungsschutz

Es handelt sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung.
Ausführliche Informationen über Art und Umfang des Versicherungsschutzes sowie Fälligkeit und Auszahlung der Versicherungsleistungen finden Sie in unter Ziffer 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Versicherungsbeitrag

Die Höhe des Beitrages finden Sie

- im Anhang der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- in der Versicherungsbestätigung.

Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann vom Antrag abweichen, wenn dieser beispielsweise auf dem Antrag falsch angegeben wurde.

Die Versicherungsteuer für Assistanceleistungen ist im Beitrag enthalten. Für die Beiträge der übrigen Leistungen fällt keine Versicherungsteuer an, sofern Sie als Versicherungsnehmer Risikoperson (versicherte Person) sind oder die Leistungen aus der Versicherung unmittelbar der Versorgung der Risikoperson (versicherte Person) oder der Versorgung von Ihren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder § 15 der Abgabenordnung dienen. Dies stellen Sie als Versicherungsnehmer insbesondere dadurch sicher, dass Sie mit dem Antrag allen versicherten Personen eine Berechtigung zum Empfang ihrer Versicherungsleistung erteilen. Die Empfangsberechtigung können Sie jederzeit widerrufen (vgl. §194 VVG), zu diesem Zeitpunkt müssen dann aber die steuerlichen Voraussetzungen neu bewertet werden.

Einzelheiten zur Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Prämienzahlung

Wir möchten Ihnen ein ausgezeichnetes Preis-Leistungs-Verhältnis bieten und die Abläufe so kostengünstig wie möglich halten. Deshalb schließen wir die Auslandsreise-Krankenversicherung nur, wenn Sie dem Lastschrifteinzugsverfahren zustimmen. Ihr konkreter Vorteil: Der Beitrag wird ohne zusätzlichen Aufwand für Sie bequem vom Konto eingezogen.

Weitere Einzelheiten zu den Beiträgen können Sie unter Ziffer 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nachlesen.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf Weiteres. Änderungen behalten wir uns vor.

Beginn des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (beantragter Versicherungsbeginn) – frühestens jedoch an dem Tag, an dem uns der Antrag zugegangen ist.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor der Annahme des Versicherungsantrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

Nähere Angaben hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Ziffer 1.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 – Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, mit dem Vertragsschluss, jedoch nicht bevor Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist zu richten an:

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
HUK-COBURG-Platz 1
96447 Coburg
Fax: 09561 96-6990
E-Mail: info@huk-coburg.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter www.huk.de/widerruf ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren.

Haben Sie den Vertrag ausschließlich mittels Fernkommunikationsmitteln (wie z. B. Briefe, Kataloge, Telefonanarufe, E-Mails, über das Internet o. ä.) im Rahmen eines für den Fernabsatz organisierten Vertriebs- oder Dienstleistungssystems mit dem Versicherer abgeschlossen, gilt dies nur, wenn Sie dem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist ausdrücklich zugestimmt haben.

Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

1/360 der Jahresprämie (bei jährlicher Zahlungsweise) oder 1/180 der Halbjahresprämie (bei halbjährlicher Zahlungsweise) oder 1/30 der Monatsprämie bei monatlicher Zahlungsweise multipliziert mit der Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat.

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2 – Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1 – Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2 – Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei der Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, handelt es sich um eine substitutive Krankenversicherung. Hier hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben schon genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen.

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird für die vereinbarte Reisedauer abgeschlossen – längstens für ein Jahr. Er endet automatisch und muss nicht extra gekündigt werden.

Mitgliedsstaaten der EU, deren Recht der Versicherer zu Grunde legt

Deutschland

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es gilt deutsches Recht.

Das jeweils zuständige Gericht für Klagen aus dem Versicherungsvertrag finden Sie unter Ziffer 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Aufsichtsbehörden, Fragen und Beschwerden

Informationen zum außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde finden Sie in den AVB unter Hinweise.

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsschutz 6
1.1 Was ist versichert? 6
1.2 Wo gilt der Versicherungsschutz? 6
1.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz? 6
1.4 Wie lange besteht der Versicherungsschutz? 6
1.5 Wer kann sich versichern? 6
1.6 Welche Besonderheiten gelten für Versicherte der BARMER? 6

2. Vertragsbeginn und Vertragsdauer 6
2.1 Wie kommt der Vertrag zustande? 6
2.2 Wie lange dauert der Vertrag? 6
2.3 Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag? 6
2.4 Was gilt für Ihre Willenserklärungen und Anzeigen? 6

3. Leistungen 6
3.1 Unter welchen Leistungserbringern können Sie wählen? 6
3.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir? 6
3.3 Was erstatten wir bei einer ambulanten Heilbehandlung? 7
3.4 Was erstatten wir für Verbandmaterialien und Arzneimittel? 7
3.5 Was erstatten wir für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)? 7
3.6 Was erstatten wir für Hilfsmittel? 7
3.7 Was erstatten wir bei einer stationären Heilbehandlung? 7
3.8 Was erstatten wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung? 7
3.9 Was erstatten wir bei Schwangerschaften? 7
3.10 Was erstatten wir bei Transporten? 7
3.11 Welche Leistungen erbringen wir bei Rücktransporten? 7
3.12 Was erstatten wir für Suche, Rettung oder Bergung? 7
3.13 Was erstatten wir bei Überführung oder Bestattung? 7
3.14 Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen? 7
3.15 Was erstatten wir für Telefonate? 8
3.16 Welche Serviceleistungen erbringen wir? 8
3.17 Welcher Selbstbehalt wird im Versicherungsfall einbehalten? 8

4. Leistungsausschlüsse und -einschränkungen 8
4.1 In welchen Fällen leisten wir nicht? 8
4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen? 8

5. Erstattung im Versicherungsfall 8
5.1 An wen zahlen wir unsere Leistungen aus? 8
5.2 Welche Nachweise benötigen wir im Versicherungsfall? 8
5.3 Welche Angaben müssen Nachweise enthalten? 8
5.4 Was gilt, wenn Kosten in einer fremden Währung entstanden sind? 9
5.5 Welche Kosten entstehen für die Überweisung unserer Leistungen? . . . 9
5.6 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind? 9

6. Beitragszahlung 9
6.1 Wann müssen Sie die Beiträge zahlen? 9
6.2 Was geschieht, wenn Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig zahlen? 9

7. Pflichten 9
7.1 Welche Pflichten müssen Sie beachten? 9
7.2 Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen? 9
7.3 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über? 9

8. Vertragsende 9
8.1. Wie wird der Vertrag gekündigt? 9
8.2 Was gilt bei Wegzug aus Deutschland? 9
8.3 Was gilt bei Tod? 9

9. Anwendbares Recht und Gerichtsstand 9
9.1 Welches Recht gilt? 9
9.2 Welches Gericht ist bei Klagen zuständig? 10

10. Hinweise 10

11. Anhang 10
11.1 Beitragsübersicht 10
11.2 Telefonischer 24h-Kontakt 10
11.3 Glossar 10
11.4. In den Bedingungen genannte Gesetze 11

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (Stand: Januar 2022)

Tarif RVL20/RBL20 für eine einzelne längere Reise ohne Aufenthalt in den USA/Kanada
Tarif RVU20/RBU20 für eine einzelne längere Reise mit Aufenthalt in den USA/Kanada

Vorbemerkung: Wir sind die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG. Sie sind unser Vertragspartner, d. h. Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Wir verwenden hierbei die männliche Schreibweise, die geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. Versicherungsschutz

1.1 Was ist versichert?

Wir bieten Schutz für Versicherungsfälle, die auf privaten oder dienstlichen Reisen im Ausland eintreten.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung eines Versicherten wegen

- Krankheit oder Unfallfolgen,
- der Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung,
- Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten und notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Schwangerschaft und Entbindungen, sofern die Schwangerschaft nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist,
- weitere im Vertrag genannte Ereignisse als Folge von Krankheit oder Unfall,
- der Tod.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

1.2 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Für die Tarife RVU20 und RBU20 gilt: Versicherungsschutz besteht weltweit bei Reisen im Ausland.

Für die Tarife RVL20 und RBL20 gilt: Versicherungsschutz besteht weltweit bei Reisen im Ausland mit Ausnahme der USA und Kanada. Diese Ausnahme entfällt

- bei einem Transitaufenthalt, d. h., wenn Sie nach einer Zwischenlandung mit derselben Flugnummer weiterreisen oder
- bei einem Zwischenstopp von unter 24 Stunden mit einem Anschlussflug bei der gleichen oder einer anderen Fluggesellschaft.

Für alle Tarife gilt: Nicht als Ausland gelten Deutschland sowie die Länder, in denen der Versicherte einen ständigen Wohnsitz hat.

1.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn

- Ihre Bank die Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug einlöst und
- Sie nicht widersprechen.

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor der Annahme des Versicherungsantrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

1.4 Wie lange besteht der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht während der vereinbarten Vertragsdauer. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –

- mit dem Ende des Auslandsaufenthalts;
- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag endet.

Der Schutz verlängert sich über diesen Zeitraum hinaus, wenn und solange die Behandlung im Ausland fortgesetzt werden muss, weil eine Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

1.5 Wer kann sich versichern?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben. Außerdem müssen die Versicherten Anspruch auf Leistungen einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer privaten Krankenvollversicherung haben oder über eine gleichartige Absicherung verfügen.

Bringt eine Versicherte ein Kind zur Welt, beginnt der Versicherungsschutz für das Kind – auch im Ausland – ab Geburt, wenn

- ein Elternteil zu dem Zeitpunkt in diesem Tarif versichert ist und
- Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend in diesem Tarif anmelden.

Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, beginnt der Versicherungsschutz für das Kind erst zum Tag der Mitteilung an uns.

Im Weiteren gelten als Kinder – neben leiblichen Kindern – außerdem

- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,
- Pflegekinder,
- Kinder, für die Sie das Sorgerecht haben,

wenn diese unverheiratet und jünger als 21 Jahre sind.

1.6 Welche Besonderheiten gelten für Versicherte der BARMER?

Für Versicherte der BARMER bieten wir die Tarife RBL20 und RBU20 an. Diese sind identisch mit den Tarifen RVL20 und RVU20 mit Ausnahme von: Sie können die Tarife RBL20 und RBU20 nur abschließen, wenn Sie unmittelbar vor Reiseantritt Anspruch auf Leistungen der BARMER haben.

2. Vertragsbeginn und Vertragsdauer

2.1 Wie kommt der Vertrag zustande?

Sie müssen den Vertrag vor Antritt der Reise für die gesamte Reisedauer abschließen. Der Abschluss der Versicherung ist nur in Deutschland möglich.

Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass wir Ihren Antrag annehmen. Dies geschieht durch Zugang einer gesonderten Versicherungsbestätigung.

2.2 Wie lange dauert der Vertrag?

Der Vertrag wird für die vereinbarte Reisedauer (Vertragsdauer) geschlossen. Die maximale Reisedauer beträgt ein Jahr.

Der Vertrag beginnt mit dem Datum, das wir als Versicherungsbeginn vereinbart haben. Er endet automatisch mit dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer. Beginn und Ende des Vertrags finden Sie in der Versicherungsbestätigung.

Sie können die vereinbarte Vertragsdauer während der Auslandsreise verlängern. Sie müssen die Verlängerung vor dem ursprünglich vereinbarten Reiseende beantragen. Die maximale Dauer der gesamten Reise darf jedoch ein Jahr nicht überschreiten.

2.3 Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht. Die Kommunikation zum Versicherungsvertrag erfolgt in deutscher Sprache.

2.4 Was gilt für Ihre Willenserklärungen und Anzeigen?

Ihre Willenserklärungen und Anzeigen an uns bedürfen der Textform.

3. Leistungen

3.1 Unter welchen Leistungserbringern können Sie wählen?

Der Versicherte hat die freie Wahl unter allen

- Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind sowie
- allen Therapeuten, die im Aufenthaltsland zugelassen sind und dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen).

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, hat der Versicherte freie Wahl unter den Krankenhäusern, die

- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

3.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben oder
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.

3.3 Was erstatten wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen. Wir übernehmen auch die Kosten für eine akute psychische Betreuung nach traumatischen Ereignissen.

3.4 Was erstatten wir für Verbandmaterialien und Arzneimittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Verbandmaterialien und Arzneimittel. Diese müssen von einem unter 3.1. genannten Leistungserbringer verordnet sein. Arzneimittel müssen außerdem aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle (z. B. einer Apotheke) bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht

- Nährmittel und Stärkungspräparate,
- Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie
- kosmetische Präparate.

3.5 Was erstatten wir für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige

- Inhalationen,
- Wärmebehandlung, Elektro-, Licht und Strahlentherapie,
- Hydrotherapie, medizinische Packungen, Massagen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen.

Diese müssen von einem unter 3.1. genannten Leistungserbringer verordnet sein.

3.6 Was erstatten wir für Hilfsmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung, wenn sie

- von einem unter 3.1. genannten Leistungserbringer verordnet sind und
- auf der versicherten Reise erstmals medizinisch notwendig werden.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Miete und das Ausleihen eines erstattungsfähigen Hilfsmittels.

Wir erstatten die Kosten für die medizinisch notwendige Anschaffung von Herzschrittmachern oder Prothesen. Diese müssen während der Reise wegen Unfall oder Krankheit erstmalig medizinisch notwendig werden. Dabei steht die Sicherung der Transportfähigkeit im Vordergrund.

Wir leisten nicht für Sehhilfen und Hörhilfen. Nicht erstattungsfähig sind außerdem Hilfsmittel mit geringem therapeutischem Nutzen und solche, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind. Für Unterhaltungs- und Betriebskosten von Hilfsmitteln (wie Strom oder Batterien) leisten wir nicht.

3.7 Was erstatten wir bei einer stationären Heilbehandlung?

Wir erstatten die Kosten für

- ärztliche Leistungen und
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung.

Bei versicherten minderjährigen Kindern erstatten wir zudem die Kosten für

- Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.
- Unterkunft und Verpflegung der Kinder im Krankenhaus, wenn die mitreisenden Erwachsenen stationär behandelt werden.
- einen Krankenbesuch der Eltern, wenn allein reisende Kinder länger als fünf Tage im Krankenhaus bleiben müssen. Der stationäre Aufenthalt darf bei Ankunft noch nicht abgeschlossen sein. Auf Wunsch organisieren wir die Reise zum Krankenhaus und zurück zum Wohnort. Wir übernehmen die Hin- und Rückreisekosten für öffentliche Verkehrsmittel. Unter öffentlichen Verkehrsmitteln verstehen wir Bahnen (1. Klasse), Busse oder das Flugzeug (Economy-Class).

Bei versicherten Kindern mit geistiger oder körperlicher Behinderung erstatten wir die oben genannten Kosten ohne Altersgrenze.

Wenn Sie vollständig auf eine Erstattung der stationären Heilbehandlung verzichten, können Sie ein Krankenhaus-Tagegeld wählen. Dann zahlen wir 30 Euro für jeden vollen Tag der Krankenhausbehandlung. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein Tag gewertet.

3.8 Was erstatten wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir erstatten die Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- medizinisch notwendige Füllungen und vorläufigen Zahnersatz (Provisorien) in einfacher Ausführung,
- medizinisch notwendige Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz.

Wir übernehmen keine Kosten für

- Neuanfertigungen von Inlays (Einlagefüllungen), definitivem Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten,
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie),
- die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen oder Arzneimittel.

3.9 Was erstatten wir bei Schwangerschaften?

Wir erstatten die Kosten für

- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen,
- Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt),
- Fehlgeburten,
- notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche.

Wenn die Schwangerschaft nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist, erstatten wir zusätzlich die Kosten für

- Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen,
- die Entbindung nach der Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche.

Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifgemäß erstattet werden. Wenn Sie das Kind nach der Geburt bei uns anmelden, besteht der Versicherungsschutz für das Kind auch während der weiteren Reise fort. Beachten Sie dazu auch die Voraussetzungen der Ziffer 1.5.

3.10 Was erstatten wir bei Transporten?

Wir erstatten die Kosten für den medizinisch notwendigen Transport zur Erstversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

Wir erstatten außerdem die Kosten für den medizinisch notwendigen Transport vom Ort der Erstversorgung zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

Die Kosten des Transports unmittelbar nach der Behandlung zurück zur letzten Unterkunft oder bei Schiffsreisen zum letzten Liegeplatz vor der Behandlung erstatten wir ebenfalls.

3.11 Welche Leistungen erbringen wir bei Rücktransporten?

Wir organisieren und zahlen den Rücktransport des Versicherten, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar,
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport oder
- nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Behandlung im Krankenhaus im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Der Rücktransport erfolgt

- an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus.

Beim Rücktransport von minderjährigen Versicherten oder Versicherten mit Mobilitätseinschränkung erstatten wir auch die Kosten für eine Begleitperson. In allen anderen Fällen erstatten wir die Kosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder durch das Transportunternehmen vorgeschrieben ist.

Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

Wir erstatten die Kosten ohne Abzug eventuell ersparter Rückreisekosten.

3.12 Was erstatten wir für Suche, Rettung oder Bergung?

Wir erstatten die Kosten für Suche, Rettung oder Bergung bis höchstens 10.000 Euro. Die Kosten müssen im Ausland wegen Erkrankung, als Unfallfolge oder wegen Tod anfallen.

3.13 Was erstatten wir bei Überführung oder Bestattung?

Wir erstatten die Kosten einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz.

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, erstatten wir die Kosten einer Bestattung bis zu der Höhe, die bei einer Überführung entstanden wäre.

3.14 Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Wir erstatten die Kosten für die Betreuung von versicherten minderjährigen Kindern bzw. Kindern mit geistiger oder körperlicher Behinderung ohne Altersgrenze im Ausland. Voraussetzung ist, dass diese nicht betreut werden können, weil die mitreisenden Erwachsenen stationär behandelt werden, zurücktransportiert werden oder verstorben sind.

Wir übernehmen die Kosten für die Betreuung solange die mitreisenden Erwachsenen im Krankenhaus stationär behandelt werden.

Bei Rücktransport oder Tod der Erwachsenen übernehmen wir die Kosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz, maximal aber für 4 Wochen. Wir erstat-

ten in diesem Fall auch zusätzliche Rückreisekosten der Kinder, wenn die Reise nicht planmäßig beendet werden kann und die außerplanmäßige Rückreise der Kinder erforderlich, sinnvoll und verhältnismäßig ist. Auf Wunsch organisieren wir die Rückreise.

3.15 Was erstatten wir für Telefonate?

Wir erstatten die Kosten für Telefonate mit unserem telefonischen 24h-Kontakt.

3.16 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Wir stellen praktische Tipps zur gesunden Reise, zu Impf-Empfehlungen, Erster Hilfe, Arztauskunft und zum 24h-Kontakt zur Verfügung.

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24h-Kontakt an 365 Tagen: über den 24h-Kontakt erhalten Versicherte Auskunft zu unseren Leistungen. Die Telefonnummer finden Sie im Anhang.
- Gesundheitsportal: unter der Internetadresse www.HUK.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung abgerufen werden.
- Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten und Kliniken im Ausland.
- Dolmetscher-Service: wenn der Versicherte stationär behandelt wird, setzen wir uns auf Wunsch mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzen die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Kontaktaufnahme: auf Wunsch stellen wir über einen von uns beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgen wir für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Information von Angehörigen und des Arbeitgebers: wir übermitteln auf Wunsch Nachrichten an den Arbeitgeber und an Personen, die dem Versicherten nahestehen.
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung bei stationären Aufenthalten: wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie ab. Außerdem übernehmen wir in Ihrem Auftrag die Abrechnung mit dem Krankenhaus.
- Organisation des Krankenrücktransports.
- Organisation der Überführung aus dem Ausland.
- Organisation einer Besuchsreise der Eltern bei alleinreisenden Kindern.

3.17 Welcher Selbstbehalt wird im Versicherungsfall einbehalten?

Wir ziehen von unseren tariflichen Leistungen keinen zusätzlichen Selbstbehalt ab.

4. Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

4.1 In welchen Fällen leisten wir nicht?

Wir leisten nicht

- bei Reisen in Deutschland sowie in den Ländern, in denen der Versicherte einen ständigen Wohnsitz hat.
- bei Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren.
- bei Behandlungen,
- deren Notwendigkeit bei Reiseantritt feststand und
- die aufgrund einer bereits bei Reiseantritt ärztlich diagnostizierten Erkrankung erfolgten.

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn der Versicherte die Auslandsreise wegen des Todes des Ehegatten oder des Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.

- bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht wurden. Ein Kriegsereignis ist/war dann vorhersehbar, wenn das Auswärtige Amt von Deutschland vor Antritt der Reise eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Terroristische Anschläge gehören nicht zu den vorhersehbaren Kriegsereignissen.
- bei Krankheiten und Unfällen, die der Versicherte bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.
- bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- bei Entzugs-, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.
- bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen.
- bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt für Heilbehandlungen, die während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall notwendig werden.
- für Anwendungen in Wellness- oder Fitnessbereichen von Hotels oder Ferienanlagen.
- bei psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen sowie Hypnose. Nicht ausgeschlossen ist die akute psychische Betreuung nach traumatischen Ereignissen.
- für kieferorthopädische Behandlungen.
- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. bei künstlicher Befruchtung).
- für Untersuchung oder Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorge, wenn die Versicherte bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes schwanger war.
- für Fahrtkosten zu Nachbehandlungen.
- für Hotelkosten und sonstige Unterbringungskosten.
- für kosmetische Behandlungen und Operationen.
- für Kosten für die Fortsetzung der Reise bzw. für eine Rückreise.

4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn die Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart wurden, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

5. Erstattung im Versicherungsfall

5.1 An wen zahlen wir unsere Leistungen aus?

Wir leisten grundsätzlich an Sie als Versicherungsnehmer.

An einen anderen Versicherten zahlen wir nur dessen eigene Leistungen, wenn Sie uns diese Person in Textform als empfangsberechtigt benannt haben.

Sie können die Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

5.2 Welche Nachweise benötigen wir im Versicherungsfall?

Nachweise sind z. B.

- Zahlungsnachweise (z. B. Bankbelege, Kreditkartenbelege),
- Befund- und Behandlungsberichte,
- Bestätigungen über den Reisezeitraum (z. B. Hotelbuchungen, Flugtickets, Tankquittungen) sowie
- Originalrechnungen.

Die Nachweise müssen den gesetzlichen Vorschriften des jeweiligen Reiselandes entsprechen. Auf unser Verlangen müssen Sie uns Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen im Original vorlegen. Wenn Sie die Originalbelege einem anderen Kostenträger zur Erstattung vorgelegt haben, genügen uns Rechnungskopien, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistungen vermerkt hat.

Wir müssen nicht leisten, solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

5.3 Welche Angaben müssen Nachweise enthalten?

Rechnungen zu Leistungen von den unter 3.1. genannten Leistungserbringern müssen folgende Angaben enthalten:

- Name und Anschrift des Leistungserbringers,
- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- Art der Leistungen und
- die Daten der Behandlung.

Rechnungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen und müssen folgende Angaben enthalten:

- Name und Anschrift des Leistungserbringers,
- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- Bezeichnung und Art des Arznei-, Heil- oder Hilfsmittels und
- die Daten des Bezugs.

Rechnungen zu zahnärztlichen Leistungen müssen folgende Angaben enthalten:

- Name und Anschrift des Leistungserbringers,
- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person,

- Bezeichnung der behandelten Zähne,
- Bezeichnung der daran vorgenommenen Behandlung und
- die Daten der Behandlung.

Für das Krankenhaus-Tagegeld müssen Sie eine Bescheinigung des Krankenhauses vorlegen. Diese muss enthalten:

- Name und Anschrift des Krankenhauses,
- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- Aufnahme und Entlassungsdatum,
- Angaben über eventuelle Beurlaubungen.

Bei einer Überführung oder Bestattung im Ausland brauchen wir folgende Dokumente:

- die Kostenbelege und
- eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache oder eine amtliche Sterbeurkunde.

5.4 Was gilt, wenn Kosten in einer fremden Währung entstanden sind?

Wenn die Kosten in einer Fremdwährung entstanden sind, rechnen wir sie zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. 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. Wir berücksichtigen auch einen ungünstigeren Wechselkurs, wenn Sie uns durch Bankbeleg nachweisen, dass Sie die Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

5.5 Welche Kosten entstehen für die Überweisung unserer Leistungen?

Unsere Leistungen überweisen wir kostenfrei auf das von Ihnen genannte Konto. Wenn wir die Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb des SEPA-Raums überweisen, müssen Sie die Kosten für die Überweisung tragen. Diese Kosten ziehen wir von unseren Leistungen ab. Wenn die Überweisungskosten in einer Fremdwährung entstehen, rechnen wir sie zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen.

5.6 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?

Vielleicht haben Sie Versicherungsschutz für Reisen auch im Rahmen anderer Versicherungsverträge. Haben Sie deshalb Ansprüche aus diesen Versicherungsverträgen, dann

- geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor und
- wir rechnen diese auf unsere Leistungen an.

Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche eines Versicherten bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Ansprüche gegenüber einer privaten Krankheitskostenvollversicherung sind ausgeschlossen.

Sie können frei wählen, welchem Leistungsträger Sie den Versicherungsfall melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, erstatten wir die Kosten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie sie sich an den Kosten beteiligen.

Im Leistungsfall stehen Ihnen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

Haben Sie das Krankenhaus-Tagegeld gewählt, erhalten Sie es unabhängig davon, ob ein Anderer die Krankenhaus-Kosten übernimmt.

6. Beitragszahlung

6.1 Wann müssen Sie die Beiträge zahlen?

Der Beitrag gilt für die vereinbarte Vertragsdauer. Sämtliche Beiträge werden von dem von Ihnen angegebenen Girokonto per SEPA-Lastschrift eingezogen.

Wir ziehen den ersten bzw. einmaligen Beitrag unverzüglich nach Abschluss des Vertrags ein, jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn.

Wenn Sie den Versicherungsschutz rechtzeitig verlängern, ziehen wir die Folgebeiträge unverzüglich nach der vereinbarten Verlängerung ein.

Die Höhe des Beitrags können Sie dem Anhang „Beitragsübersicht" entnehmen. Dort finden Sie auch die Regelung zur Beitragszahlung ab dem 60. und 70. Geburtstag.

6.2 Was geschieht, wenn Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig zahlen?

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Abbuchung nicht widerspricht.

Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig abbuchen können, richten sich die Rechtsfolgen nach § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten.

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist also u. a. von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig. Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig abbuchen können, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem wir den Beitrag einziehen können. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Wir leisten jedoch trotzdem, wenn Sie nicht dafür verantwortlich sind, dass die Abbuchung nicht möglich war.

Wenn wir bei einer Vertragsverlängerung einen Folgebeitrag gemäß Punkt 6.1. nicht rechtzeitig abbuchen können, richten sich die Rechtsfolgen nach § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen sind wir leistungsfrei und können den Vertrag kündigen.

7. Pflichten

7.1 Welche Pflichten müssen Sie beachten?

Sie müssen uns auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen, ob

- ein Versicherungsfall vorliegt oder
- wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

Sie sind auch verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

Bei und nach Eintritt eines Versicherungsfalls müssen Sie alles vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

Die Kenntnis und das Verhalten eines Versicherten stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Pflichten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch vom Versicherten.

7.2 Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn Sie eine der in 7.1. genannten Pflichten verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Pflicht vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Pflicht grob fahrlässig verletzen, können wir die Versicherungsleistung kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Verlust des Anspruchs führen.

Wenn Sie nachweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

- Die Verletzung der Pflicht war weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich.

Dies gilt nicht, wenn Sie die Pflicht arglistig verletzt haben.

7.3 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über?

Ob und ggf. inwieweit Ersatzansprüche, die Ihnen bzw. einem Versicherten gegen einen Dritten zustehen, auf uns übergehen, soweit wir den Schaden ersetzen, und welche Mitwirkungspflichten Ihnen hierbei obliegen, richtet sich nach § 86 VVG (siehe Anhang § 86 VVG).

8. Vertragsende

8.1 Wie wird der Vertrag gekündigt?

Der Vertrag endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. Sie müssen den Vertrag daher nicht kündigen.

Die gesetzlichen Kündigungsrechte bleiben unberührt.

8.2 Was gilt bei Wegzug aus Deutschland?

Wenn Sie keinen ständigen Wohnsitz mehr in Deutschland haben, endet hierdurch der Versicherungsvertrag. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag fortzusetzen. Dazu müssen diese weiterhin einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben. Sie müssen uns hierfür den künftigen Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Wegzug benennen.

Wenn ein Versicherter keinen Wohnsitz mehr in Deutschland hat, endet hierdurch dessen Versicherungsschutz.

8.3 Was gilt bei Tod?

Der Versicherungsvertrag endet auch mit Ihrem Tod. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag fortzusetzen. Hierzu müssen sie uns den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod abzugeben.

Beim Tod eines Versicherten endet insoweit dessen Versicherung.

Die Leistungen nach 3.12. und 3.13. bleiben unberührt.

9. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

9.1 Welches Recht gilt?

Bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag wird deutsches Recht angewendet.

9.2 Welches Gericht ist bei Klagen zuständig?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, können Sie eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Falls Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

10. Hinweise

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

11. Anhang

11.1 Beitragsübersicht

Die Versicherung im Tarif für Langzeitreisen (weltweit) kostet pro Reisetag:

Alter des Versicherten	RVU20	RBU20 für Versicherte der BARMER
0 bis 59 Jahre	4,60 € min. 262,20 €*	4,20 € min. 239,40 €*
60 bis 69 Jahre	6,90 € min. 393,30 €*	6,30 € min. 359,10 €*
Ab 70 Jahren	10,50 € min. 598,50 €*	9,60 € min. 547,20 €*

*Der Mindestbeitrag entspricht einer Reisedauer von 57 Tagen.

Sind mehrere Personen versichert, müssen Sie den Beitrag für jeden Versicherten zahlen. Entscheidend ist das tatsächliche Alter des Versicherten bei Beginn des Vertrags.

Die Versicherung im Tarif für Langzeitreisen (ohne USA/Kanada) kostet pro Reisetag:

Alter des ältesten Versicherten	RVL20	RBL20 für Versicherte der BARMER
0 bis 59 Jahre	2,10 € min. 119,70 €*	1,90 € min. 108,30 €*
60 bis 69 Jahre	5,20 € min. 296,40 €*	4,80 € min. 273,60 €*
Ab 70 Jahren	6,90 € min. 393,30 €*	6,30 € min. 359,10 €*

*Der Mindestbeitrag entspricht einer Reisedauer von 57 Tagen.

Sind mehrere Personen versichert, müssen Sie den Beitrag für jeden Versicherten zahlen. Entscheidend ist das tatsächliche Alter des Versicherten bei Beginn des Vertrags.

Alle Beiträge verstehen sich inkl. Versicherungssteuer auf den Anteil der Assistance-Leistungen.

11.2 Telefonischer 24h-Kontakt

Sie erreichen unseren telefonischen 24h-Kontakt aus dem Ausland unter der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter +49 69 66 555 44.

11.3 Glossar

Hier erläutern wir Ihnen die Begriffe, die wir in unseren Versicherungsbedingungen verwenden.

Arglistig

Arglistig handelt, wer bewusst oder willentlich täuscht. Darüber hinaus kann der arglistig Täuschende sich vorstellen, dass seine Angaben bzw. Nichtangaben auf das Verhalten des Versicherers Einfluss nehmen können.

Ärztliche Leistungen

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen einschließlich Röntgendiagnostik, das Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen und Operationen.

Auswärtiges Amt

Das Auswärtige Amt bildet zusammen mit den Auslandsvertretungen den Auswärtigen Dienst. Das Auswärtige Amt veröffentlicht umfangreiche Informationen zu allen Staaten der Welt. Zum Beispiel Reise- und Sicherheitshinweise oder Reisewarnungen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Internetadresse
www.auswaertiges-amt.de

Fahrlässig

Fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt nicht beachtet.

Geeigneter Arzt oder geeignetes Krankenhaus

Als geeignet bezeichnen wir Ärzte oder Krankenhäuser, die in der Lage sind, die Krankheit oder Verletzung des Versicherten medizinisch angemessen zu versorgen.

Grob fahrlässig

Grob fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht, mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Hilfsmittel

Zu den Hilfsmitteln gehören zum Beispiel Prothesen, orthopädische Hilfsmittel wie Rollstühle sowie andere Hilfsmittel, etwa Inhalationsgeräte. Sehhilfen und Hörgeräte erstattet dieser Tarif nicht.

Leistungsträger

Leistungsträger sind zum Beispiel

- andere private Versicherer,
- die gesetzliche Krankenversicherung,
- die gesetzliche Unfallversicherung,
- die gesetzliche Rentenversicherung,
- die Heilfürsorge oder Unfallfürsorge.

Pflegebedürftig

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung eines Versicherten vom Reiseland zurück nach Deutschland, wenn sie krank oder verletzt ist.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem ein Versicherter unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort", sondern „ohne schuldhaftes Zögern".

Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Datum und dauert dann 365 Tage (366 Tage in Schaltjahren). Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Wird beispielsweise ein Vertrag abgeschlossen, der ab dem 01.06. eines Jahres gültig ist, so umfasst das erste Versicherungsjahr die gesamte Zeit bis zum 31.05. des Folgejahres.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer beantragt den Versicherungsschutz und ist unser Vertragspartner. Er ist u. a. für die Beitragszahlung verantwortlich.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

11.4 In den Bedingungen genannte Gesetze

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

(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.