

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Kundeninformation	2
Inhaltsverzeichnis	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung	5
Tarif RV16 für Einzelpersonen	
Tarif RVF16 für Familien	
Anhang: Bestimmungen aus verschiedenen Gesetzen, die in den AVB erwähnt werden.....	9

Kundeninformationen

Identität des Versicherers

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

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

Ladungsfähige Anschrift

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Ladungsfähige Vertreter sind die Vorstände Dr. Hans Olav Herøy 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, dessen Durchschlag, etwaige Nachträge und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung. Der Durchschlag des Antrages stellt die Versicherungspolice 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 Teil B der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Versicherungsbeitrag

Die Höhe des Beitrages finden Sie

- unter Punkt 3 im Produktinformationsblatt
- 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.

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 Lastschriftinzugsverfahren zustimmen. Ihr konkreter Vorteil: Der Beitrag wird ohne zusätzlichen Aufwand für Sie bequem vom Konto eingezogen.

Weitere Einzelheiten zu den Beiträgen können Sie in Teil D 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 ab dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) – jedoch nicht vor Annahme des Versicherungsantrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.

Nähere Angaben hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Teil A Ziffer 3.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Diese Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die sonstigen gesetzlich vorgeschriebenen Informationen in Textform erhalten. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf hat die unten beschriebenen Rechtsfolgen.

Er ist zu richten an:

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Fax-Nr.: 09561/96-6990
E-Mail: Info@HUK-COBURG.de

Widerrufsfolgen

Mit Zugang Ihres Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz. Soweit Sie auf den zu zahlenden Versicherungsbeitrag hingewiesen wurden und zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, müssen Sie uns den auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des ausgewiesenen Versicherungsbeitrags bezahlen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bereits Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. In beiden Fällen erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Kalendertagen, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil eines bereits gezahlten Beitrags.

Nur wenn Sie noch keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben und ein Hinweis auf den zu zahlenden Versicherungsbeitrag oder Ihre Zustimmung zum vorzeitigen Versicherungsbeginn fehlen, erstatten wir Ihnen zusätzlich den gesamten für das erste Jahr des Versicherungsschutzes bereits gezahlten Beitrag zuzüglich Zinsen.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, 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. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

Die Versicherungsjahre rechnen jeweils vom ursprünglichen Versicherungsbeginn an und fallen nicht mit dem Kalenderjahr zusammen.

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 in Teil G der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Aufsichtsbehörden, Fragen und Beschwerden

Ombudsmanverfahren

Sie sind mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden? Oder eine Verhandlung mit uns hat nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt? Dann können Sie sich an den Ombudsman für Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden:

Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Telefon 0800 2550444 (kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)
Fax 03020458931

Der Versicherungsombudsman ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle für außergerichtliche Streitbeilegung. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Weitere Infos erhalten Sie bei uns oder im Internet: www.pkv-ombudsman.de

Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der

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

Tel. 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

Außerdem steht Ihnen der Rechtsweg offen.

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Regelungen zur Versicherung	5	D. Der Beitrag	8
1. Art der Versicherung	5	1. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	8
2. Abschluss des Vertrags	5	2. Was gilt, wenn Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig zahlen?	8
3. Der Versicherungsschutz	5	3. Die Höhe des Beitrags	8
4. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?	5	3. Anpassung der Beiträge	8
5. Welche Wartezeiten gelten?	5	E. Obliegenheiten	8
B. Leistungen	5	1. Welche Obliegenheiten müssen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten?	8
1. Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?	5	2. Welche Rechtsfolgen haben Verletzungen von Obliegenheiten?	8
2. Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?	5	3. Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?	8
3. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?	6	4. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns	8
4. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?	6	F. Wie endet der Vertrag?	9
5. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?	6	1. Vertragsende	9
6. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Transporten?	6	2. Tod	9
7. Aufwendungsersatz bei Überführung oder Bestattung	6	3. Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?	9
8. Welche Aufwendungen ersetzen wir für Telefonate?	6	G. Sonstige Regelungen	9
9. Welche Serviceleistungen erbringen wir?	6	1. Zuständiges Gericht	9
10. Welcher Selbstbehalt wird im Versicherungsfall einbehalten?	7	2. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	9
11. Wann werden unsere Leistungen fällig und welche Nachweise sind erforderlich?	7	Anhang	9
12. An wen können wir die Leistung erbringen?	7	1. Beitragsübersicht	9
13. Was gilt für die Erstattung der Leistungen?	7	2. Telefonischer 24h-Kontakt	9
14. Ansprüche gegen mehrere Leistungsträger	7	3. Glossar	9
C. In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?	7	4. In den Bedingungen genannte Gesetze	10

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif RV16 für Einzelpersonen, Tarif RVF16 für Familien

A. Allgemeine Regelungen zur Versicherung

1. Art der Versicherung

In der Auslandsreise-Krankenversicherung bieten wir Versicherungsschutz für im Ausland eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland und erbringen weitere Leistungen.

2. Abschluss des Vertrags

2.1 Wie kommt der Vertrag zustande?

Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass wir Ihren Antrag annehmen. Dies geschieht durch Zugang einer gesonderten Versicherungsbestätigung. Die Durchschrift des Antragsvordrucks entspricht dann dem Versicherungsschein.

Sie müssen den Vertrag vor Antritt der Auslandsreise abschließen. Der Abschluss der Versicherung ist nur in Deutschland möglich.

2.2 Wie lange dauert der Vertrag?

Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr (Versicherungsjahr). Das Versicherungsjahr beginnt mit dem als Versicherungsbeginn vereinbarten Datum.

2.3 Wie wird der Vertrag verlängert?

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen.

2.4 Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag?

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

2.5 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Ihre Willenserklärungen und Anzeigen an uns bedürfen der Textform.

3. Der Versicherungsschutz

3.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn wir den Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil D Ziffer 1.2.1 vom angegebenen Konto einziehen konnten und Sie dem Einzug nicht widersprechen. Andernfalls beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem die Abbuchung erfolgt ist (siehe Teil D Ziffer 2.1).

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

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

3.2 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während einer versicherten Reise im Ausland eintreten. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

3.3 Was ist Voraussetzung für den Versicherungsschutz?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden,

- deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt und
- die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung beziehungsweise in einer privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung verfügen und
- die sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten.

Für den Familientarif gilt: Versicherungsschutz erhalten Sie als Versicherungsnehmer und versicherte Person sowie Ihre versicherten Familienangehörigen, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Familienangehörige im vertraglichen Sinne sind:

- Ehegatten,
- Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz,
- Lebensgefährten sowie
- unverheiratete Kinder bis zu ihrem 21. Geburtstag.

Als Kinder gelten

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

Im Familientarif sind nur die Personen versichert, die in der Versicherungsbescheinigung namentlich genannt sind. Melden Sie daher neue Familienmitglieder rechtzeitig vor Antritt der Reise an.

Wer die genannten Eigenschaften nicht erfüllt, genießt keinen Versicherungsschutz, auch wenn Beiträge gezahlt wurden. Wir können Nachweise darüber verlangen, dass die erforderlichen Eigenschaften vorliegen.

3.4 Wie lange besteht der Versicherungsschutz?

3.4.1 Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Der Versicherungsschutz beginnt nach der Regelung unter Ziffer 3.1 und besteht während der ersten 8 Wochen (56 Tage) jeder Auslandsreise der versicherten Person.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Ablauf der achten Woche der Auslandsreise. Vor Ablauf der achten Woche der Auslandsreise endet der Versicherungsschutz – auch für schwebende Versicherungsfälle –

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

Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthalts, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. Sie müssen uns Beginn und Ende der Auslandsreise nachweisen, wenn wir das im Leistungsfall verlangen.

3.4.2 Verlängerte Leistungspflicht bei Behandlungen im Ausland

Wenn eine im Ausland begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über die vereinbarte Vertragsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

4. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

4.1 Der Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen im Ausland eintretender Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen der Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung,
- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt und Fehlgeburt sowie notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche. Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifgemäß erstattet werden.
- der Tod.

4.2 Beginn und Ende des Versicherungsfalles

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

5. Welche Wartezeiten gelten?

Für die Leistungen gelten keine Wartezeiten.

B. Leistungen

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen:

1. Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

1.1 Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

1.2 Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die

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

2. Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Muss die versicherte Person untersucht und behandelt werden, leisten wir für Methoden, 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. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

3.1 Aufwendungen für ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen. Wir übernehmen auch die Kosten für eine akute psychische Betreuung nach traumatischen Ereignissen.

3.2 Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden. Arzneimittel müssen außerdem aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle (z. B. einer Apotheke) bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht

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

3.3 Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wir ersetzen Aufwendungen für die folgenden Heilmittel, wenn sie von einem Arzt oder – bei ärztlicher Verordnung – von einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten erbracht werden.

Dabei übernehmen wir 100 Prozent der Aufwendungen für

- Inhalationen,
- Hydrotherapie und medizinische Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Elektrotherapie,
- Lichttherapie,
- Krankengymnastik,
- Übungsbehandlungen.

3.4 Aufwendungen für Hilfsmittel

Wir erstatten 100 Prozent der Aufwendungen für Hilfsmittel in einfacher Ausführung, wenn

- sie von einem Arzt 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.

Für Sehhilfen und Hörhilfen leisten wir nicht.

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.

4. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson eines mitversicherten Kindes.

5. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- medizinisch notwendige Füllungen in einfacher Ausführung,
- medizinisch notwendige Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien, die jeweils dazu dienen, die Kaufähigkeit der versicherten Person wiederherzustellen.

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 sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

6. Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Transporten?

6.1 Aufwendungen für Krankentransporte

6.1.1 Aufwendungen für den Transport zur Erstversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zur Erstversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

6.1.2 Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport vom Arzt oder Krankenhaus der Erstversorgung zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

6.2 Aufwendungen für Rücktransporte

6.2.1 Voraussetzungen

Für den Rücktransport bieten wir einen 24h-Kontakt an. Nur wenn Sie unter dieser Hotline anrufen, können wir den Rücktransport organisieren. In diesem Fall entstehen Ihnen keine Kosten für den Rücktransport.

Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde.

6.2.2 Unsere Leistungen

Wir organisieren den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

- an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz in Deutschland oder
- in das von dort nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus, einschließlich der Aufwendungen für die medizinisch notwendige Begleitung durch eine andere Person.

Bei der Begleitperson muss es sich um eine Person handeln,

- für die zum Zeitpunkt des Rücktransports bei uns ebenfalls Versicherungsschutz für Rücktransport besteht oder
- die durch uns zur Begleitung beauftragt wurde.

Wir organisieren den Rücktransport auch,

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

7. Aufwändungsersatz bei Überführung oder Bestattung

Bei Aufwendungen für eine Überführung oder eine Bestattung bieten wir Versicherungsschutz nach folgenden Regelungen:

7.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Überführung?

Wenn die versicherte Person während der versicherten Auslandsreise stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

7.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Bestattung?

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen bis zur Höhe von 10.000 Euro. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

8. Welche Aufwendungen ersetzen wir für Telefonate?

Wir ersetzen 100 Prozent der nachgewiesenen Aufwendungen für Telefonate mit unserem telefonischen 24h-Kontakt (siehe Ziffer 9).

9. Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24h-Kontakt an 365 Tagen
– Über den 24h-Kontakt erhalten Sie Auskunft zu unseren Leistungen. Entnehmen Sie die Telefonnummer bitte Ihren Vertragsunterlagen.
- Gesundheitsportal
– Unter der Internetadresse www.HUK.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung abgerufen werden.
- HUK Reise-App
– Mit der HUK Reise-App stellen wir Ihnen praktische Tipps zur gesunden Reise, zu Impfeempfehlungen, Erster Hilfe, Arztauskunft und zum 24h-Kontakt mit GPS-Ortung zur Verfügung. Sie können die HUK Reise-App auf www.HUK.de unter der Rubrik Kundenservice oder im jeweiligen App-Store kostenlos herunterladen.
- Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten und Kliniken im Ausland
- Dolmetscher-Service
– Wenn für die versicherte Person eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig wird, setzen wir uns mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzen für die betroffene versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Kontaktaufnahme
– Wir stellen über einen von uns beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgen wir für die Übermittlung von Informationen zwischen diesen beteiligten Ärzten. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.

- Information der Angehörigen und des Arbeitgebers der versicherten Person
 - Wir übermitteln auf Wunsch Nachrichten an den Arbeitgeber und an Personen, die der versicherten Person nahestehen.
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung bei stationären Aufenthalten
 - Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie ab. Außerdem übernehmen wir im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus.
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland

10. Welcher Selbstbehalt wird im Versicherungsfall einbehalten?

Wir ziehen von unseren tariflichen Leistungen keinen weiteren bzw. zusätzlichen Selbstbehalt ab.

11. Wann werden unsere Leistungen fällig und welche Nachweise sind erforderlich?

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

11.1 Was gilt als Nachweis?

Nachweise sind z.B.

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

Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen brauchen wir im Original. Sie müssen den gesetzlichen Vorschriften des jeweiligen Reiselandes entsprechen.

11.2 Welche Angaben müssen Nachweise enthalten?

Rechnungen zu ärztlichen Leistungen 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 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.

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

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

11.3 Was gilt für die Nachweise, wenn es mehrere Kostenträger gibt?

Wurden die Originalbelege einem anderen Kostenträger zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistungen vermerkt hat.

12. An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten grundsätzlich an Sie als Versicherungsnehmer.

An eine versicherte Person zahlen wir nur deren eigene Leistungen, wenn Sie uns diese Person in Textform als empfangsberechtigt benannt haben.

13. Was gilt für die Erstattung der Leistungen?

13.1 Umrechnung von Kosten, die in einer Fremdwährung 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.

13.2 Kosten für die Überweisung unserer Leistungen

Wenn wir die Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb von Deutschland 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.

13.3 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

Sie können Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen weder abtreten noch verpfänden.

13.4 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 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart wurden, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

14. Ansprüche gegen mehrere Leistungsträger

Wenn Sie im Versicherungsfall auch von einem anderen Leistungsträger eine Leistung beanspruchen können, 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 der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Ansprüche gegenüber einer privaten Krankheitskostenvollversicherung sind ausgeschlossen.

Es steht Ihnen frei, welchem Leistungsträger Sie den Versicherungsfall melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, werden wir im Rahmen unserer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

Wenn wir in Vorleistung treten, müssen Sie den Leistungsanspruch gegen den anderen Leistungsträger an uns schriftlich abtreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

Die Summe aller Entschädigungen darf nicht höher sein als der Gesamtschaden.

C. In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

- bei Reisen in Deutschland.
- bei Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren.
- bei Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen. Dieser Leistungsauschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Auslandsreise wegen des Todes ihres Ehegatten oder ihres Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat. Die Reise muss aufgrund der Überführung oder Beerdigung notwendig sein.
- bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder ihres Lebenspartners oder inneren Unruhen verursacht wurden. Ein Kriegereignis ist/war dann vorhersehbar, wenn das Auswärtige Amt von Deutschland vor Antritt der Reise eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegereignissen nach Satz 1.
- bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.
- bei Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten ersetzen 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall notwendig werden.
- für Anwendungen in Wellness- oder Fitnessbereichen von Hotels oder Ferienanlagen.
- bei psychoanalytischen, psychiatrischen 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 Fahrtkosten zu Nachbehandlungen.
- für Fahrtkosten von der Untersuchung/Behandlung zurück in die Unterkunft.

- für Hotelkosten und sonstige Unterbringungskosten.
- für kosmetische Behandlungen und Operationen.
- für Aufwendungen für die Fortsetzung der Reise bzw. für eine Rückreise – es sei denn, die Aufwendungen sind nach Teil B erstattungsfähig.

D. Der Beitrag

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Beiträgen, der Beitragszahlung sowie den Folgen, wenn Sie den Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen.

1. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1.1 Allgemeines zur Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Sämtliche Beiträge werden von dem im Antrag angegebenen Girokonto eingezogen.

1.2 Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

1.2.1 Erster Beitrag

Wir ziehen den ersten Beitrag unverzüglich nach Abschluss des Vertrags ein, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, den wir gemeinsam für den Beginn der Versicherung vereinbart haben (Versicherungsbeginn).

1.2.2 Folgebeiträge

Wir ziehen die Folgebeiträge jeweils zum Jahrestag ein, an dem ein neues Versicherungsjahr beginnt.

1.3 Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn

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

2. Was gilt, wenn Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Gefährdung des Versicherungsschutzes, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil A Ziffer 3.1). Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 1.2.1 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.

2.2 Unser Rücktrittsrecht, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen

Wenn wir den ersten Beitrag nicht rechtzeitig abbuchen können, dürfen wir unter den in § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genannten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wenn wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 1.2.2 abbuchen können, richten sich die Rechtsfolgen nach § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen.

3. Die Höhe des Beitrags

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

4. Anpassung der Beiträge

Wir sind berechtigt, bei bestehenden Verträgen zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung vorgenommen werden muss. Damit stellen wir sicher, dass wir die Beiträge sachgemäß berechnen und unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen dauerhaft erfüllen können. Bei der Überprüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

- Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- Wir dürfen nur Veränderungen der Entwicklung von Schadenaufwendungen und von Kosten berücksichtigen, die seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetreten sind und die bis zur nächsten Überprüfung erwartet werden.

Ergibt die Überprüfung höhere Beiträge als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Sind die neuen Versicherungsbeiträge niedriger als die bisherigen, sind wir andererseits aber auch verpflichtet, die bisherigen Beiträge um die Differenz abzusenken.

Dabei darf der geänderte Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge den Beitragssatz für Neuverträge nicht übersteigen. Wir können die Anpassung erst mit Wirkung ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode vornehmen.

Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen mindestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitteilen. Unsere schriftliche Mitteilung muss den Unterschied zwischen dem bisherigen und dem erhöhten Beitrag aufzeigen und eine Belehrung über Ihr Kündigungsrecht enthalten.

Sie können den Versicherungsvertrag kündigen, wenn eine Beitragserhöhung

erforderlich ist. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Dieses außerordentliche Kündigungsrecht können Sie nur innerhalb von zwei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung ausüben.

E. Obliegenheiten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie den Folgen bei deren Verletzung.

1. Welche Obliegenheiten müssen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

1.1 Wie müssen Sie sich verhalten?

Bei und nach Eintritt eines Versicherungsfalls müssen Sie alles vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Das gilt in gleicher Weise auch für eine andere versicherte Person.

1.2 Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen, ob

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

1.3 Ärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

2. Welche Rechtsfolgen haben Verletzungen von Obliegenheiten?

Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht. Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

3. Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

4. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

4.1 Übergang von Ersatzansprüchen

Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

4.2 Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

4.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 2 gilt bei Verletzung der Obliegenheiten nach Ziffer 4.2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

4.4 Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Ziffern 4.2 und 4.3 gelten entsprechend.

4.5 Ansprüche der versicherten Person

Die Ziffern 4.1 bis 4.4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der versicherten Person zustehen.

F. Wie endet der Vertrag?

1. Vertragsende

Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 1 Monat kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

Wenn Sie kündigen, können Sie dies in Textform tun.

Wenn wir kündigen, halten wir die Schriftform ein.

Die gesetzlichen Kündigungsrechte bleiben unberührt.

2. Tod

Der Versicherungsvertrag endet auch mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen 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 einer versicherten Person endet insoweit deren Versicherung. Die Leistungen nach Teil B Ziffer 7 bleiben unberührt.

3. Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

Die Versicherung endet, wenn die versicherte Person keinen Wohnsitz mehr in Deutschland hat.

G. Sonstige Regelungen

1. Zuständiges Gericht

Bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag wird deutsches Recht angewendet.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen Gerichte aus den Ziffern 1.1 und 1.2.

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 deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

1.1 Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können 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.

1.2 Zuständiges Gericht für unsere Klagen

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.

2. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Anhang

1. Beitragsübersicht

1.1 Wie hoch sind die Beiträge im Einzeltarif?

Die Versicherung kostet pro Versicherungsjahr:

- bis zu einem Alter von 69 Jahren 9,70 €
- und ab einem Alter von 70 Jahren 34,30 €

Sind mehrere Personen versichert, müssen Sie den Beitrag für jede versicherte Person zahlen. Entscheidend ist das tatsächliche Alter der versicherten Person bei Beginn des Vertrags bzw. einer neuen Versicherungsperiode.

1.2 Wie hoch sind die Beiträge im Familientarif?

Die Versicherung kostet pro Versicherungsjahr 24,90 €.

Dieser Beitrag erhöht sich um 24,60 € für jede Person, die 70 Jahre oder älter ist.

Entscheidend ist das tatsächliche Alter der versicherten Person bei Beginn des Vertrags bzw. einer neuen Versicherungsperiode.

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.

3. Glossar

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

3.1 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.

3.2 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

3.3 Fahrlässig

Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt nicht beachten.

3.4 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.

3.5 Grob fahrlässig

Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße nicht beachten. Das heißt, Sie haben nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

3.6 Häusliche Gemeinschaft

Zur häuslichen Gemeinschaft zählen alle im Haushalt des Versicherungsnehmers gemeldeten Familienmitglieder.

3.7 Heilbehandlung

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

3.8 Heilmittel

Als Heilmittel sind in diesem Tarif medizinisch notwendige Inhalationen, Hydrotherapie, medizinische Packungen, Wärmebehandlung, Elektrophysiotherapie, Lichttherapie, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen versichert. Diese müssen von einem Arzt verordnet sein.

3.9 Hilfsmittel

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

3.10 Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechtes, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit eingehen wollen. Dies müssen sie gegenüber einem Standesbeamten erklären. Grundlage ist dabei das Lebenspartnerschaftsgesetz.

3.11 Leistungsträger

Leistungsträger sind zum Beispiel

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

3.12 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.

3.13 Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung der versicherten Person vom Reiseland zurück nach Deutschland, wenn sie krank oder verletzt ist.

3.14 Schriftform

Schriftform bedeutet: schriftlich und mit eigenhändiger Unterschrift unterzeichnet.

3.15 Schulmedizin

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

3.16 Schwebender Versicherungsfall

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn die Erkrankung festgestellt wurde, die versicherte Person ärztlich behandelt wird und die medizinisch notwendige Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

3.17 Textform

Textform bedeutet: schriftlich, aber hier ist im Gegensatz zur Schriftform keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

3.18 Unfall

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

3.19 Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

3.20 Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

3.21 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.

3.22 Versicherungsnehmer

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

3.23 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.

4. In den Bedingungen genannte Gesetze

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)

§ 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPARTG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.