

Versicherungsinformationen zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Nachfolgend erhalten Sie weitere wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus unserem Angebot, der Versicherungsbestätigung und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München. Sitz der Gesellschaft ist München. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister München unter der Nummer HRB 2212. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden unter dem Link "Widerrufsbelehrung und Informationen" genannt.

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben vor allem die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Bayenthalgürtel 26 in 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald Sie unser Angebot angenommen haben. Die Annahme erklären Sie durch Absenden der elektronischen Annahmeerklärung.

Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht. Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Widerrufsbelehrung,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Sie in diesen Versicherungsinformationen, den Vertragsbestimmungen sowie bei Verbrauchern im Produktinformationsblatt finden,

jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München oder per Fax an 0800/4 400 103 (aus dem Ausland Fax 0049/89/207002913) oder per E-Mail an Krankenversicherung@Allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir nach dem Gesetz in diesem Fall einbehalten. Wir erstatten Ihnen jedoch auch diesen Teil der Beiträge für das erste Jahr des Versicherungsschutzes, wenn Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

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.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Wie lange Ihr Vertrag läuft und wie Sie oder wir ihn beenden können, entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Alternativ besteht für Sie auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; Webseite: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Bitte beachten Sie, dass ein Beschwerdeverfahren nur von Verbrauchern durchgeführt werden kann. Zudem darf der Beschwerdewert 100.000,- Euro nicht übersteigen. Sie brauchen die Entscheidung des Ombudsmannes, gleichgültig wie sie ausfällt, nicht zu akzeptieren. Ihnen steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an die Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000,- Euro nicht überschreitet. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den oben bezeichneten Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Webseite oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Webseite: ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen e.V. weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Webseite: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z.B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt ¹⁾. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09, krankenversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Giesecke & Devrient GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Rechtsanwältin Wagner Pauls Kalb (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzrechtliche Vernichtung von Papierunterlagen)
- Dembach Goo Informatik GmbH & Co. KG (Hosting und Anwendungsbetrieb der Online-Vertriebsplattform)

II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Einwilligungserklärung bei Teilnahme an Gruppenversicherungs-, Kollektiv- oder Sammelinkassoverträgen (Rahmenverträge)

Nehme ich an einem der genannten Rahmenverträge teil, **willige ich ein**, dass der Rahmenvertragspartner dem Versicherer zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis sowie mein Ausscheiden daraus mitteilen darf. Erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist eine Teilnahme am Rahmenvertrag nicht möglich.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

¹⁾ Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG * (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung),
- Allianz Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- AGA Service Deutschland GmbH * (Assistancedienstleistungen),
- rehacare GmbH *, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH * (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- otop AG (Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln)

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Der Widerruf ist zu richten an: Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München oder per Fax an 08 00.4 40 01 03 (aus dem Ausland Fax +49 89.2 07 00 29 13) oder per E-Mail an krankenversicherung@allianz.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir nach dem Gesetz in diesem Fall einbehalten. Wir erstatten Ihnen jedoch auch diesen Teil der Beiträge für das erste Jahr des Versicherungsschutzes, wenn Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind. 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 ausweist 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.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09 oder an krankenversicherung@allianz.de.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Informationen für Sie zu Tarif R77

Weltweit Sicherheit – für jeden Urlaubstag

Ob Urlaub oder Dienstreise – im Ausland zu erkranken ist ein finanzielles Risiko, das nicht unterschätzt werden sollte. Damit Ihre Urlaubsfreuden nicht mehr als nötig getrübt werden, können Sie sich mit dem Tarif R77 unserer Reisekrankenversicherung sorglos als Privatpatient behandeln lassen. Das ist besonders wichtig für Kassenmitglieder, da die gesetzliche Krankenkasse auch mit der europäischen Krankenversicherungskarte nicht immer ausreichende Absicherung bietet. Aber auch, wenn Sie ohnehin privat krankenversichert sind stellt Tarif R77 eine sinnvolle Ergänzung Ihres Versicherungsschutzes dar.

Ihr Versicherer

Ihr Versicherer ist die Allianz Private Krankenversicherungs-AG.

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Manfred Knof.

Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende;

Dr. Jan Esser, Burkhard Keese, Joachim Müller, Dr. Thomas Wiesemann.

Sitz der Gesellschaft: München. Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 239 569; Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 10 a) UStG und versicherungssteuerfrei gemäß § 4 Nr. 5 VersStG.

Hauptverwaltung: Königinstraße 28, 80802 München

Briefanschrift: 10870 Berlin

So einfach versichern Sie sich

Folgen Sie einfach den Hinweisen und Erläuterungen beim Ausfüllen der Online-Annahmeerklärung.

Sollen mehr als 4 Personen versichert werden, verwenden Sie bitte eine weitere Online-Annahmeerklärung.

Der Vertrag kommt mit Absendung Ihrer vollständig ausgefüllten, elektronischen Annahmeerklärung zustande, jedoch nicht vor Beitragszahlung. Wir bestätigen Ihnen den Eingang umgehend am Bildschirm mit unserer elektronischen Versicherungsbestätigung.

Bitte beachten Sie insbesondere, dass

- der Versicherungsvertrag vor Antritt und für die gesamte Dauer der Reise abgeschlossen werden muss,
- für alle versicherten Personen der Versicherungsbeginn und die Vertragsdauer einheitlich zu wählen sind und
- Sie zwischen einer Vertragsdauer von mindestens 5 Tagen und höchstens 365 Tagen wählen können.

Die ausgedruckte Versicherungsbestätigung ist Ihr Versicherungsnachweis. Bitte bewahren Sie diese sorgfältig zusammen mit den weiteren ausgedruckten Unterlagen auf.

Den Beitrag überweisen Sie bitte auf das Konto der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG: Commerzbank AG, Stuttgart, IBAN: DE21 6008 0000 0901 5279 00, BIC: DRESDEFF600.

Der Beitrag berechnet sich folgendermaßen:

Beitrag pro Person und Reisetag in Euro x Tage x Personenzahl

Der Beitrag beträgt **pro Tag für jede versicherte Person**

Reisedauer	Personen bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres	Personen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres	Personen ab Vollendung des 70. Lebensjahres
von 1 bis 31 Tagen	0,60 EUR	1,25 EUR	2,15 EUR
von 1 bis 62 Tagen	0,85 EUR	1,75 EUR	3,00 EUR
von 1 bis 93 Tagen	1,20 EUR	2,45 EUR	4,85 EUR
von 1 bis 365	1,70 EUR	5,10 EUR	10,25 EUR

Der sich hieraus ergebende Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer **in einer Summe** bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Eine Rückzahlung nicht verbrauchter Beiträge bei vorzeitigem Reiseabbruch erfolgt nicht.

Eine Abbuchung von Ihrem Konto und eine monatliche Zahlung sind nicht möglich.

Was im Krankheitsfall zu tun ist

Hilfe in Notfällen im Ausland erhalten Sie 24 Stunden täglich unter folgender Nummer:
+49 89.67 85 12 34.

- Zur Kostenerstattung von Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland schicken Sie bitte alle Rechnungen im Original zusammen mit einer **Kopie Ihrer Versicherungsbestätigung und einer Kopie Ihres Zahlungsnachweises** (z.B. Kopie des Kontoauszuges) an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Reisekranken, 10870 Berlin, Telefon: 08 00.4 10 01 08.
- Nehmen Sie noch andere Versicherungen für den gleichen Leistungsfall in Anspruch, reichen Sie bei uns bitte Rechnungskopien mit Erstattungsvermerk ein.
- Um einen reibungslosen und raschen Ablauf zu gewährleisten, achten Sie bitte darauf, dass folgende Angaben in Ihrem Leistungsantrag enthalten sind:
 - Name, Anschrift und Geburtsdatum, ggf. Telefonnummer für Rückfragen
 - ggf. versicherte Person
 - Krankheitsbezeichnung und Angabe der Reisedaten
 - Bankverbindung für die Erstattung
- Im Falle eines Unfalles vermerken Sie bitte auf den Rechnungen "unfallbedingte Behandlung".



Weltweite Sicherheit
Sollten Sie im Ausland erkranken, steht Ihnen im Notfall unser 24-Stunden-Notrufservice zur Verfügung. Wählen Sie dann bitte die folgende Telefonnummer und Sie erhalten umgehend die notwendigen Informationen und Hilfeleistungen:
+49 89.67 85 12 34

Für Reisen nach Amerika beachten Sie bitte die Rückseite dieser Karte.

Allianz 

Bitte legen Sie diese Karte Ihrem behandelnden Arzt oder Krankenhaus vor und setzen Sie sich unter der **24-Stunden-Notrufnummer** mit der Allianz Privaten in Verbindung: **+49 89.67 85 12 34**



To the provider in the US:

This card applies to a subscriber whose benefits may differ from those locally available. It is extremely important that you contact Allianz Global Assistance immediately to determine eligible services for this member (or eligible dependents), and authorize payment of the claim. All bills must be sent to Allianz Global Assistance. Please call the number listed below to confirm coverage eligibility.

Eligibility Verification 1-866-865-3039

Hinweis für den medizinischen Leistungserbringer (Arzt/Krankenhaus) in den USA: Der Versicherungsschutz des Karteninhabers umfasst möglicherweise nicht alle Leistungen, die vor Ort angeboten werden. Es ist daher sehr wichtig, dass Sie unverzüglich Allianz Global Assistance kontaktieren, damit die versicherte Leistung dieses Mitglieds (oder dessen berechnigte Mitversicherte) ermittelt und die Zahlung der Rechnung genehmigt werden kann. Alle Rechnungen müssen an Allianz Global Assistance gesandt werden. Sie werden gebeten, zwecks Prüfung der Anspruchsberechtigung nachstehende Telefonnummer anzurufen. **Eligibility Verification (= Prüfung der Anspruchsberechtigung): 1-866-865-3039**

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Individuell (R77)

In der Reise-Krankenversicherung Individuell (R77) bieten wir Versicherungsschutz für während einer Auslands- oder Deutschlandreise eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen im Ausland, zahlen bei einer Krankenhausbehandlung in Deutschland ein Krankenhaustagegeld und erbringen weitere Leistungen.

Inhalt:

Teil A – Leistungen

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang
- 1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz
- 1.2 Versicherungsschutz bei Auslandsreisen
- 1.2.1 Aufwendungsersatz und ersatzweises Krankenhaustagegeld bei Heilbehandlung
- 1.2.2 Aufwendungsersatz bei Rücktransporten, Überführung oder Bestattung, unsere Serviceleistungen sowie Ersatz von Aufwendungen für Telefonate
- 1.2.3 Kostenersatz bei unterbrochener Rundreise
- 1.3 Versicherungsschutz bei Deutschlandreisen
2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen
3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

Teil B – Ihre Pflichten

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
2. Obliegenheiten
3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Teil C – Allgemeine Regelungen

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Abschluss und Ende des Vertrags
3. Deutsches Recht und Vertragssprache
4. Zuständiges Gericht
5. Verjährung
6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Teil A – Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen während einer Reise eintretender Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch

- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden,
- medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und die Entbindung wegen Früh- und Fehlgeburten sowie
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

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.

1.1.2 Welche persönliche Eigenschaft ist Voraussetzung für den Versicherungsschutz?

(1) Erforderliche Eigenschaft bei Abschluss der Versicherung (Aufnahmefähigkeit)

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

(2) Kein Versicherungsschutz bei Fehlen der erforderlichen Eigenschaft

Wer die in Absatz 1 genannte Eigenschaft nicht erfüllt, genießt keinen Versicherungsschutz, auch wenn Beiträge gezahlt worden sind. Wir können Nachweise darüber verlangen, dass die erforderliche Eigenschaft vorliegt.

1.1.3 Wie lange besteht der Versicherungsschutz?

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Der Versicherungsschutz beginnt nach der Regelung Teil C Ziffer 1 und besteht während der vereinbarten Vertragsdauer (siehe Teil C Ziffer 2).

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag endet.
- mit dem Ende der Reise (Rückkehr an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts).
- mit dem Abschluss des Rücktransports aus dem Ausland nach Ziffer 1.2.2.1 Absatz 1.

(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 (siehe Teil C Ziffer 2) hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

1.1.4 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

(1) Verlegung innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt

- in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

als Deutschland verlegt, bleibt die Versicherung bestehen.

Für die versicherte Person besteht aber während der Dauer ihres gewöhnlichen Aufenthalts in diesem anderen Staat Versicherungsschutz weder in diesem Staat noch in Deutschland.

(2) Verlegung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, endet insoweit die Versicherung.

1.1.5 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies

setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.1.6) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.1.6 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.1.5 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweis für Krankenhaustagegeld

Wenn Sie Krankenhaustagegeld geltend machen, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- das Datum der Aufnahme und der Entlassung sowie
- Daten eventueller Beurlaubungstage.

1.1.7 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie. Der Überbringer der Versicherungsbestätigung mit ordnungsgemäßen Belegen gilt jedoch ebenfalls als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt und wir können statt an Sie an ihn leisten. Wenn wir aber begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.1.8 Was gilt für Überweisungskosten?

Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen müssen Sie tragen, sofern diese auf ein Konto außerhalb von Deutschland überwiesen werden.

Diese Kosten ziehen wir von unseren Leistungen ab. 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.

1.2 Versicherungsschutz bei Auslandsreisen

Wenn sich die versicherte Person auf einer Reise außerhalb des Staats ihres gewöhnlichen Aufenthalts und außerhalb Deutschlands befindet, bieten wir Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen:

1.2.1 Aufwendungsersatz und ersatzweises Krankenhaustagegeld bei Heilbehandlung

Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung – mit Ausnahme von psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen – ist der Ersatz von Aufwendungen und die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds versichert. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 1.2.1.6.

1.2.1.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(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.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, muss die versicherte Person das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus, das

- unter ständiger ärztlicher Leitung steht,
 - über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und
 - Krankengeschichten führt,
- in Anspruch nehmen.

1.2.1.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.2.1.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen. Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel). Hierfür gilt Absatz 4.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen) und Operationen.

(2) Aufwendungen für Krankentransporte

a) 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.

b) Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

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

c) Aufwendungen für den Transport zur Unterkunft der versicherten Person

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zurück in die Unterkunft der versicherten Person, wenn dieser Transport im unmittelbaren Anschluss an

- die Erstversorgung nach Absatz a) oder
- die Weiterversorgung nach Absatz b) erfolgt.

(3) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate, mit Ausnahme von bestimmten medikamentenähnlichen Nahrungsmitteln, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

(4) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie),
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Elektrotherapie,
- Lichttherapie sowie
- medizinische Bäder.

Dies setzt voraus, dass sie von einem in eigener Praxis tätigen Arzt oder – bei ärztlicher Verordnung – von einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten erbracht werden.

(5) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen und von Hörgeräten -, wenn das Hilfsmittel ärztlich verordnet worden ist. Der Aufwundersatz setzt außerdem voraus, dass das Hilfsmittel während der versicherten Dauer der Auslandsreise der versicherten Person erstmals erforderlich wird.

1.2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung und wann zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

(1) Aufwendungen für Arzt- und Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- die Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person, wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 18 Jahre ist.

(2) Aufwendungen für Krankentransporte

a) 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 Krankenhaus.

b) Aufwendungen für den Transport zur Weiterversorgung

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

c) Aufwendungen für den Transport zur Unterkunft der versicherten Person

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zurück in die Unterkunft der versicherten Person, wenn dieser Transport im unmittelbaren Anschluss an

- die Erstversorgung nach Absatz a) oder
- die Weiterversorgung nach Absatz b)

erfolgt.

(3) Ersatzweises Krankenhaustagegeld

Anstelle des Aufwundersersatzes nach Absatz 1 zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus.

1.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- notwendige Füllungen in einfacher Ausführung,
- provisorischen Zahnersatz sowie
- Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen) und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen.

1.2.1.6 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

Pro versicherte Person ist für ihre gesamte Vertragsdauer (siehe Teil C Ziffer 2) eine Selbstbeteiligung von 50 Euro vereinbart.

Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen und bei der Zahlung des ersatzweisen Krankenhaustagegelds nach den Ziffern 1.2.1.3 bis 1.2.1.5, indem wir

- die erstattungsfähigen Aufwendungen und sonstigen tariflichen Leistungen ermitteln und
- von den sich dafür ergebenden Beträgen insgesamt 50 Euro Selbstbeteiligung abziehen.

1.2.2 Aufwundersersatz bei Rücktransporten, Überführung oder Bestattung, unsere Serviceleistungen sowie Ersatz von Aufwendungen für Telefonate

Bei Aufwendungen für einen Rücktransport, eine Überführung oder Bestattung bieten wir Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Außerdem finden Sie hier die Serviceleistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen, und die Regelung zum Ersatz von Aufwendungen für Telefonate.

1.2.2.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, eine Überführung oder Bestattung?

(1) Rücktransporte

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

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

einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person, wenn für die Begleitperson als versicherte Person bei uns zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

(2) Überführung oder Bestattung bei Tod im Ausland

Wenn die versicherte Person während der 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 Aufwen-

dungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

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.

1.2.2.2 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von 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 versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Betreuung
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 der versicherten Person
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung
Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie bis zu 10.000 Euro ab und übernehmen im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten.
- Versand von Medikamenten und Blutkonserven
- Organisation des Krankentransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

1.2.2.3 Welche Aufwendungen für Telefonate ersetzen wir?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Telefonate mit unserem telefonischen 24-Stunden-Service (siehe Ziffer 1.2.2.2).

Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 20 Euro pro versicherte Person und Versicherungsfall begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

1.2.3 Kostenersatz bei unterbrochener Rundreise

Welche Hotelkosten und zusätzliche Kosten ersetzen wir, wenn die versicherte Person ihre Rundreise unterbrechen muss?

(1) Hotelkosten bei unterbrochener Rundreise

a) Hotelkosten für versicherte Person und Begleitperson

Wir ersetzen 100 Prozent der zusätzlichen Kosten für einen unvorhergesehenen Hotelaufenthalt der versicherten Person und ihrer mitversicherten Begleitperson.

Dies setzt voraus, dass die Rundreise unterbrochen werden muss, weil die versicherte Person erkrankt oder verunfallt ist. Die Notwendigkeit der Unterbrechung der Rundreise muss uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Unsere Leistungspflicht ist pro Rundreise auf insgesamt bis zu 25 Euro pro Tag und maximal 7 Tage begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

(2) Kosten für die Nachreise zur Reisegruppe

a) Reisekosten für versicherte Person und Begleitperson

Wir ersetzen 100 Prozent der nachgewiesenen zusätzlichen Kosten der versicherten Person und ihrer mitversicherten Begleitperson für die Nachreise zum Wiederanschluss an die Reisegruppe.

Dies setzt voraus, dass die Rundreise unterbrochen werden musste, weil die versicherte Person erkrankt oder verunfallt ist. Die Notwendigkeit der Unterbrechung der Rundreise muss uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Unsere Leistungspflicht ist pro Rundreise auf insgesamt bis zu 75 Euro begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

1.3 Versicherungsschutz bei Deutschlandreisen

Wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat und sich auf einer Reise innerhalb Deutschlands befindet, bieten wir folgenden Versicherungsschutz:

1.3.1 Welches Krankenhaustagegeld ist versichert?

Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, das

- unter ständiger ärztlicher Leitung steht,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und
- Krankengeschichten führt.

Die Zahlung erfolgt ohne Kostennachweis (siehe aber Ziffer 1.1.6 Absatz 2) und ohne zeitliche Begrenzung.

1.3.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte oder eine Überführung?

(1) Rücktransporte

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

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

einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person, wenn für die Begleitperson als versicherte Person bei uns zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte besteht.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

(2) Überführung

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

1.3.3 Welche Hotelkosten und zusätzliche Kosten ersetzen wir, wenn die versicherte Person ihre Rundreise unterbrechen muss?

(1) Hotelkosten bei unterbrochener Rundreise

a) Hotelkosten für versicherte Person und Begleitperson

Wir ersetzen 100 Prozent der zusätzlichen Kosten für einen unvorhergesehenen Hotelaufenthalt der versicherten Person und ihrer mitversicherten Begleitperson.

Dies setzt voraus, dass die Rundreise unterbrochen werden muss, weil die versicherte Person erkrankt oder verunfallt ist. Die Notwendigkeit der Unterbrechung der Rundreise muss uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Unsere Leistungspflicht ist pro Rundreise auf insgesamt bis zu 25 Euro pro Tag und maximal 7 Tage begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

(2) Kosten für die Nachreise zur Reisegruppe

a) Reisekosten für versicherte Person und Begleitperson

Wir ersetzen 100 Prozent der nachgewiesenen zusätzlichen Kosten der versicherten Person und ihrer mitversicherten Begleitperson für die Nachreise zum Wiederanschluss an die Reisegruppe.

Dies setzt voraus, dass die Rundreise unterbrochen werden musste, weil die versicherte Person erkrankt oder verunfallt ist. Die Notwendigkeit der Unterbrechung der Rundreise muss uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Unsere Leistungspflicht ist pro Rundreise auf insgesamt bis zu 75 Euro begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil diese Höchstgrenze überschritten worden ist.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) bei Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.

b) bei Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Reise wegen des Todes ihres Ehegatten oder ihres Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.

c) bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch – aufgrund von Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes von Deutschland – vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

d) bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

e) bei Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten ersetzen wir tarifgemäß.

f) bei Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

g) bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.

h) bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

i) bei Rehabilitationsmaßnahmen.

j) bei psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen.

k) für Sehhilfen und Hörgeräte.

l) 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.

m) für kieferorthopädische Behandlungen.

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

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

3.1 Wie ist das Rangverhältnis der Leistungen, wenn Sie auch eine andere Versicherung in Anspruch nehmen können?

Wenn Sie im Versicherungsfall auch aus einer Versicherung mit einem anderen Versicherer eine Leistung beanspruchen können, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor (Subsidiarität). Es steht Ihnen jedoch frei, welchem Versicherer Sie den Versicherungsfall melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, werden wir im Rahmen unserer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

3.2 Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf Krankenhaustagegeld bleiben bestehen.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

Teil B – Ihre Pflichten

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

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

1.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Einmaliger Versicherungsbeitrag

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie in einem einmaligen Beitrag zahlen. Der einmalige Beitrag ergibt sich aus der Beitrags-tabelle (siehe Anhang) und hängt vom Alter der versicherten Person sowie der vereinbarten Reisedauer ab. Eine Rückzahlung nicht verbrauchter Beiträge bei vorzeitigem Reiseabbruch erfolgt nicht.

(2) Fälligkeit des Versicherungsbeitrags

Der einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags in einer Summe zu zahlen, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, den wir mit Ihnen für den Beginn der Versicherung vereinbart haben (Versicherungsbeginn).

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

1.2 Was gilt, wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 1.1 Absatz 2 zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir unter den in § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genannten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten.

2. Obliegenheiten

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

(1) Erteilung von Auskünften

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

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

(2) Ärztliche Untersuchung

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

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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.

2.3 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.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

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

(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.

(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.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 2.2 gilt bei Verletzung der Obliegenheiten nach Absatz 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) 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 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der versicherten Person zustehen.

Teil C – Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn Sie den einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 1.1 Absatz 2 zahlen. Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 1.2 Absatz 1).

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor

- Abschluss des Vertrags
- und nicht vor Antritt der Reise.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Wenn die Annahmeerklärung nach Beginn der Reise abgesendet wird, besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.

2. Abschluss und Ende des Vertrags

Wie kommt der Vertrag zustande und wann endet er?

(1) Vertragsabschluss

Sie müssen den Versicherungsvertrag vor Antritt der Reise und für die gesamte Vertragsdauer abschließen. Der Vertrag kommt zu dem Zeitpunkt zustande, zu dem uns die vollständig ausgefüllte Annahmeerklärung zugeht.

(2) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die vereinbarte Reisedauer geschlossen (Vertragsdauer) und kann nur für mindestens 5 Tage und höchstens 365 Tage vereinbart werden. Er endet für die versicherte Person mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. Sie können die vereinbarte Vertragsdauer nicht verlängern.

3. Deutsches Recht und Vertragssprache

Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag?

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

4. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

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

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

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

5. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Anhang: Beitragstabelle

Pro Tag beträgt der Beitrag für die Reise-Krankenversicherung Individuell (R77)

für jede versicherte Person bis zu ihrem 60. Geburtstag

bei einer Reisedauer	Beitrag pro Tag in Euro
von 1 bis 31 Tagen	0,60
von 1 bis 62 Tagen	0,85
von 1 bis 93 Tagen	1,20
von 1 bis 365 Tagen	1,70

für jede versicherte Person bis zu ihrem 70. Geburtstag

bei einer Reisedauer	Beitrag pro Tag in Euro
von 1 bis 31 Tagen	1,25
von 1 bis 62 Tagen	1,75
von 1 bis 93 Tagen	2,45
von 1 bis 365 Tagen	5,10

für jede versicherte Person nach ihrem 70. Geburtstag

bei einer Reisedauer	Beitrag pro Tag in Euro
von 1 bis 31 Tagen	2,15
von 1 bis 62 Tagen	3,00
von 1 bis 93 Tagen	4,85
von 1 bis 365 Tagen	10,25