

**Allgemeine Versicherungsbedingungen des Auslandstarifs GK 2 für die Gruppen-Krankenversicherung (AVB/GK 2)
- gültig ab 01.04.2014**

§ 1 - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Geltungsbereich unvorhergesehenen eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Geltungsbereich ist das Ausland, soweit nichts anderes vereinbart ist. Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme des Landes, aus dem die versicherte Person im Auftrag des Versicherungsnehmers ausreist.

§ 2 - Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag genannten ersten Reisetag (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 3 - Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag

Die Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag erfolgt durch den Versicherungsnehmer.

§ 4 - Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, gewählt werden.
- (4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (5) Leistungen werden für folgende Kosten erbracht:
 - 5.1. Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
 - a) ambulante ärztliche Heilbehandlung einschl. Röntgendiagnostik sowie Wegegebühren des nächst erreichbaren Arztes im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte;
 - b) notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus;
 - c) Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u. ä.;
 - d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls ärztlich verordnet werden. Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung;
 - e) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz mit 100% des Rechnungsbetrages. Mit 50% des Rechnungsbetrages werden die Kosten für Neuanfertigung

gung von Zahnersatz, Zahnkronen, Zahnbrücken und Stifzähnen erstattet, wenn die Behandlung aufgrund eines Unfalles notwendig wurde. Erstattet werden die Kosten im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte;

- f) stationäre Heilbehandlung (Unterkunft, Verpflegung, Arzt- und Operationskosten). Bei stationärer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland werden die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne privatärztliche Behandlung) im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes im Mehr-Bett-Zimmer erstattet.

5.2. Rücktransportkosten

Erstattet werden die Kosten, die durch medizinisch notwendigen Rücktransport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person in das Heimatland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Geltungsbereich nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig ist bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wird.

5.3. Überführungs- oder Bestattungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Todesfall der versicherten Person während der Versicherungsdauer durch Überführung in die Heimat oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 30.000,- Euro. Dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

§ 5 - Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) und deren Folgen sowie für die in den letzten 3 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen. Dieselbe Leistungseinschränkung gilt für Unfallfolgen. Kostenersatz im Sinne von § 4 Absatz 1 wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist;
 - b) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
 - c) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlungen (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - h) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Originalrechnungen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der

Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Absatz 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

- (3) Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Behandler vorzulegen; andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein Konto in der Bundesrepublik Deutschland - und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 - Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

- a) mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens bei Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
- b) mit dem Tag des Ausscheidens der versicherten Person aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis;
- c) mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

Ist die Rückreise aus dem Ausland bis zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der Transportunfähigkeit eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

§ 8 - Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und beträgt je versicherte Person und Tag der Versicherungsdauer 0,84 Euro. Der Beitrag ist entsprechend den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages für den vereinbarten Versicherungszeitraum zu zahlen.
- (2) Nicht rechtzeitige Zahlung des Beitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Abs. 1, 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 9 – Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Jede Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Die Regelung in § 7 bleibt hiervon unberührt.
- (3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen muss innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes geltend gemacht werden.
- (4) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (5) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- (6) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen.

§ 10 - Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer eine der in § 10 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheit vorsätzlich, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 – Obliegenheiten bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 - Aufrechnung

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

§ 13 - Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 Meldung von Adress- und Namensänderungen

Eine Änderung der Postanschrift oder des Namens muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Andernfalls können dem Versicherungsnehmer dadurch Nachteile entstehen, da der Versicherer eine an ihn gerichtete Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die zuletzt bekannte Anschrift senden kann. In diesem Fall gilt die Erklärung des Versicherers drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

§ 15 - Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16 Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistungen erstmals verlangt werden können.

§ 17 Frist bei Meinungsverschiedenheiten

Ist derjenige, der den Anspruch auf eine Versicherungsleistung geltend macht, mit der Leistungsentscheidung des Versicherers nicht einverstanden, kann er den Anspruch innerhalb der Verjährungsfrist gerichtlich geltend machen. Wird die Frist versäumt, besteht schon allein aus diesem Grund kein Leistungsanspruch gegen den Versicherer.

Anhang - Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die erste oder einmalige 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.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämien

- (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 im Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Mit den Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag erhalten Sie einen ersten Überblick über die Ihnen vorgeschlagene Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend.

Der Vertragsinhalt ergibt sich vielmehr aus dem Gruppenversicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag

1. Identität und Anschrift des Versicherers

Die Versicherung wird bei der EUROPA Versicherung AG mit Sitz in Köln abgeschlossen. Es handelt sich um eine Aktiengesellschaft, die unter der Nummer B 7474 beim Handelsregister des Amtsgerichts Köln eingetragen ist.

Die Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift lautet:

EUROPA Versicherung AG

Piusstr. 137, 50931 Köln

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),

Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),

Stefan Andersch, Dr. Marcus Kremer,

Alf N. Schlegel, Falko Struve

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Lutz Duvernell

2. Hauptgeschäftstätigkeit und Garantiefonds

Die Hauptgeschäftstätigkeit der EUROPA Versicherung AG ist das Betreiben der Schaden- und Unfallversicherung sowie das Erstversicherungsgeschäft der Auslandsreise-Krankenversicherung. Ein Garantiefonds oder eine andere Entschädigungsregelung besteht nicht.

3. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, anwendbares Recht

Für die Auslandsreise-Krankenversicherung gelten die AVB GK2.

Art und Umfang der Versicherungsleistungen sind in den AVB GK2 geregelt. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

Welches Gericht ggf. zuständig ist, wird in § 15 der AVB GK2 geregelt.

4. Beitragshöhe und zusätzliche Kosten

Der tarifliche Beitrag beträgt je versicherte Person und Tag der Versicherungsdauer 0,84 Euro. Der Mindestbeitrag beträgt je angefangenes Kalenderjahr 840,- Euro.

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und muss entsprechend den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages für den vereinbarten Versicherungszeitraum gezahlt werden.

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbegins zu zahlen.

Bei unterbliebener oder verspäteter Zahlung kann der Versicherungsschutz ganz oder teilweise entfallen. Einzelheiten zu den Folgen finden Sie in § 8 AVB/GK2

Die Regelung zur Beitragshöhe steht unter § 7 des Gruppenversicherungsvertrages.

5. Beitragszahlung

Sie sind Beitragsschuldner des Versicherers und müssen die Beiträge unverzüglich nach Erhalt der jeweiligen Rechnung in einer Summe kostenfrei auf ein vom Versicherer genanntes Konto überweisen.

6. Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt gemäß § 2 AVB/GK2 mit dem in der Anmelde-Liste genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenvertrages vorbehaltlich der Regelung in § 8 Absatz 2 AVB/GK2 (Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug) und § 5 AVB/GK2 (Einschränkung der Leistungspflicht), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (§ 8 des Gruppenvertrages) und nicht vor Zahlung des Beitrages (§ 8 AVB/GK2).

7. 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 sobald Sie den gegengezeichneten Gruppenversicherungsvertrag, 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 in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an den Versicherer (Anschrift siehe Ziffer 1) zu richten.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet werden kann:

(Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/30 der monatlichen Beitragsrate).

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.

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.

8. Vertragslaufzeit

Der Versicherungsvertrag gilt für ein Jahr (Versicherungsjahr), gerechnet ab Versicherungsbeginn. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht von Ihnen oder dem Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

9. Vertragsbeendigung

Der Versicherungsschutz kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten ordentlich gekündigt werden.

10. Vertragssprache

Die Versicherungsbedingungen sind in deutscher Sprache abgefasst. Die Kommunikation mit Ihnen erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.

11. Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie einmal einen Grund zur Beschwerde haben sollten, können Sie sich jederzeit an einen Ihrer Ansprechpartner wenden.

Selbstverständlich können Sie auch den Vorstand direkt ansprechen (Namen und Anschriften siehe Ziffer 1).

Für außergerichtliche Beschwerdeverfahren sind der „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin oder der „Versicherungsombudsmann e.V.“, Postfach 08 06 32, 10006 Berlin zuständig.

Für Beschwerden über den Versicherer steht Ihnen auch als zuständige Aufsichtsbehörde die Bundesanstalt für

Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de zur Verfügung.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiben, wird durch die Nutzung einer oder mehrerer der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.

Information zur Verwendung von Daten der zu versichernden Personen:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um die Gesundheitsdaten im Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die EUROPA Versicherung AG daher datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir die Schweigepflichtentbindungen, um Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Da die EUROPA Versicherung AG unter anderem diese Krankenversicherung anbietet, benötigen wir die Schweigepflichtentbindung ferner, um Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag besteht, an andere Stellen, z. B. MD Medicus Assistance Service GmbH (für Assistance-Leistungen für Versicherte im Ausland) weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten die zu versichernden Personen diese nicht abgeben, wird der Abschluss in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die EUROPA Versicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der EUROPA Versicherung AG (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die gesetzlich zu vertretenden Personen wie Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die EUROPA Versicherung AG

Die zu versichernde Person willigt ein, dass die EUROPA Versicherung AG die künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung von Ansprüchen aus diesem Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Es kann zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden 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. Wir benötigen hierfür die Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Die EUROPA Versicherung AG wird die versicherte Person in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Die versicherten Personen können dann jeweils entscheiden, ob sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung der Gesundheitsdaten durch die EUROPA Versicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung der Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen.

3. Weitergabe der Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Versicherung AG

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Die versicherten Personen werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Die versicherten Personen willigen ein, dass die EUROPA Versicherung AG die Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die EUROPA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinden die versicherten Personen die für die EUROPA Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die Anfertigung von Versichertenkarten oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen gegebenenfalls die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentalen Versicherungsverbundes (einschließlich der EUROPA Versicherung AG) oder einer anderen Stelle. Werden

hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir die 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 Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.europa.de/dienstleisterliste eingesehen oder beim Vertragsservice der Abteilung Sonderverträge Kranken (EUROPA Versicherung AG., Piusstr. 137, 50931 Köln, 0221-5737-396, svk1@europa.de) angefordert werden. Für die Weitergabe der Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir die Einwilligung.

Die versicherte Person willigt ein, dass die EUROPA Versicherung AG die 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 die EUROPA Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbindet die versicherte Person die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbundes (einschließlich der EUROPA Versicherung AG) und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) der Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der den 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 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. Die versicherten Personen werden bei einem Wechsel des betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Die versicherte Person willigt ein, dass die EUROPA Versicherung AG die Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Personen

1. Information zur Verwendung von Daten

Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) 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. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.europa.de/datenverwendung abrufen können. Ebenfalls im Internet unter der genannten Adresse abrufen können Sie Listen der Unternehmen unseres Versicherungsverbunds, 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 EUROPA Versicherung AG, Piusstr. 137, 50931 Köln, Telefon: 0221-5737-396, E-Mail: svk1@europa.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. Zur Geltendmachung dieser Rechte wenden Sie sich bitte an die Abteilung Sonderverträge Kranken (EUROPA Versicherung AG, Piusstr. 137, 50931 Köln, Telefon: 0221-5737-396, E-Mail: svk1@europa.de).