

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Auslandstarifs GK3 für die Gruppenkrankenversicherung (AVB/GK3) – gültig ab 01.10.2021

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, 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. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf in der Bundesrepublik Deutschland eingetretene Versicherungsfälle und dort vorgenommene Heilbehandlungen. Geltungsbereich ist die Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Personenkreis

Versicherungsfähig sind Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ohne ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die als Erntehelfer/Saisonarbeiter nach § 8 Absatz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch – Viertes Buch befristet in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt und nicht versicherungspflichtig im Sinne des Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) sind. Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, nicht vor der Anmeldung der versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag und nicht vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Leistungserbringern 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 in der Bundesrepublik Deutschland 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 einschließlich Röntgendiagnostik sowie Wegegebühren des nächst erreichbaren Arztes nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ). Analogberechnungen sind nicht erstattungsfähig;
 - b) notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus;
 - c) Arznei-, Verband- und Heilmittel außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate und ähnliches;
 - d) Hilfsmittel, die infolge eines im Geltungsbereich eingetretenen Unfalls oder einer akuten Erkrankung notwendig werden. Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung bis zu einem Höchstbetrag von 500,- Euro pro Kalenderjahr und versicherte Person;
 - e) akute Tetanusimpfungen aufgrund einer Verletzung, FSME-Impfungen sowie durch das Gesundheitsamt angeordnete Impfungen;
 - f) schmerzstillende Zahnbehandlungen und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen, provisorischen Zahnersatz sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und GOÄ bis zu den dort festgelegten Regelhöchstsätzen. Analogberechnungen sind nicht erstattungsfähig. Erstattet werden die Kosten dieser Leistungen in einfacher Ausführung bis zu einem Betrag von 500,- Euro pro Kalenderjahr und versicherte Person. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für dentinadhäsive Füllungen, für Inlays, für kieferorthopädische Leistungen und die Neuanfertigung von bleibendem Zahnersatz.
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten der zahnärztlichen Maßnahmen einen Betrag in Höhe von 250,- Euro, müssen ein Heil- und Kostenplan vorgelegt und die vorgesehenen Maßnahmen vor Fortsetzung der Behandlung seitens des Versicherers genehmigt werden. Stimmt der Versicherer den vorgesehenen Maßnahmen zu, erfolgt die Erstattung der Kosten nur dann, wenn die vorgesehenen Maßnahmen in Deutschland durchgeführt werden;
 - g) 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 jeweils gültigen Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes im Mehr-Bett-Zimmer erstattet. Nicht erstattet werden sonstige Wahlleistungen und die gesondert berechenbaren Kosten für eine bessere Unterbringung (Ein- oder Zwei-Bettzimmer). Bei einem planbaren Behandlungsbeginn ist 10 Tage vor der stationären Aufnahme ein Kos-

tenübernahmeantrag einzureichen. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 3 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und-Sanatorien geleistet.

5.2. Rücktransportkosten

Erstattet werden die Kosten, die für den Rücktransport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten versicherten Person an den ständigen Wohnsitz (Heimatland) oder in das von dort nächstgelegene und nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus entstehen, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- a) Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und der behandelnde Arzt in der Bundesrepublik Deutschland hat diesen schriftlich angeordnet. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt in der Bundesrepublik Deutschland und einem Beratungsarzt des Versicherers.
- b) Die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen die Kosten des Rücktransportes.
- c) Nach der Prognose des behandelnden Arztes in der Bundesrepublik Deutschland übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland voraussichtlich 14 Tage.

Die Kosten für eine medizinische Begleitperson (Fachpersonal) werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch erforderlich ist und dies vom behandelnden Arzt in der Bundesrepublik Deutschland schriftlich bestätigt wird oder wenn diese medizinische Begleitperson 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.

Hierzu zählen auch Gebühren für amtliche Bescheinigungen und deren Übersetzungen, Kosten für eine amtlich angeordnete Obduktion bzw. Einbalsamierung, sofern diese Voraussetzung für die Überführung/Bestattung ist, Zinksarg einschließlich dessen notwendiger Verpackung für den Transport bzw. einen Holzsarg für die Beisetzung. Art, Ausstattung und erforderliche Verpackung des Sarges ist in Höhe der einfachen Ausführung erstattungsfähig. Nicht dazu gehören religiöse sowie andere Beigaben und Beerdigungskosten im Heimatland.

Bei einem Antrag auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist durch eine amtliche Sterbeurkunde sowie durch eine ärztliche Bescheinigung die Todesursache nachzuweisen. Zudem sind die geltend gemachten Leistungen spezifiziert nachzuweisen.

§ 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 drei Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen. Dieselbe Leistungseinschränkung gilt für Unfallfolgen. Kostenersatz im Sinne von § 4 wird aber inso-

- weit 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 Reise in die Bundesrepublik Deutschland angetreten wird;
 - c) für medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßigem Aufenthalt stattfinden musste;
 - d) sofern der Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland gegen ärztlichen Rat angetreten wurde;
 - e) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - f) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - g) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - h) für die Behandlung der Immunschwächekrankheit Aids und deren Folgen;
 - i) für Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen (z. B. Krebsvorsorgeuntersuchung);
 - j) für vorbeugende Impfungen, Immunisierungen sowie für prophylaktische Maßnahmen, die nicht unter den Umfang der Leistungspflicht nach § 4 Abs. 5 Nr. 5.1 Buchstabe e) fallen;
 - k) für Behandlungen und Untersuchungen durch Heilpraktiker sowie Homöopathie;
 - l) für Untersuchungen und Behandlungen wegen Fehlsichtigkeit;
 - m) für Behandlungen und Untersuchungen wegen Akne, Haarausfall, Muttermalen und Warzen sowie kosmetische Behandlungen;
 - n) für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und die Behandlung vor Versicherungsbeginn bestandener Anomalien;
 - o) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlungen (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
 - p) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, unerfülltem Kinderwunsch, künstlicher Befruchtung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt zur Abwendung von lebensbedrohlichen Gefahren für Mutter und/oder Kind notwendig ist, sofern die 30. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet ist;
 - q) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - r) 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;
 - s) für Wurzelspitzenresektionen, implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische (Schielen und Aufbissbehelfe) und prothetische Leistungen (Zahnersatz; ausgenommen provisorischer Zahnersatz – vgl. § 4 Abs. 5 Nr. 5.1 Buchstabe f), systematische

Parodontose/Parodontitis-Behandlung, Zahnstein- und Konkrement-Entfernung, Sanierung bereits geschädigter Zähne, die nicht im Zusammenhang mit einer akut durchgeführten Schmerztherapie steht (z. B. Austausch alter Füllungen);

- t) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- u) für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- v) für Bescheinigungen, Gutachten, Atteste etc. Kosten für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden erstattet;
- w) für alle anfallenden Heilbehandlungs-, Transport- sowie Überführungskosten in Folge von Suizid und Suizidversuchen.

- (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.

Bei Berechnung von aufwändigen, das wirtschaftliche und zweckmäßige Maß überschreitenden Behandlungs- und Untersuchungsmethoden kann der Versicherer seine Leistungen auf die Vergütung für eine notwendige, wirtschaftliche und zweckmäßige diagnostische und therapeutische Maßnahme herabsetzen, sofern er vor Behandlungsbeginn keine Kostenzusage erteilt hat.

- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen
- aus einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung sowie auf gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge in der Bundesrepublik Deutschland oder
 - eines sonstigen Versicherungsträgers im Heimatland des Versicherten,
- ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen aus Verträgen bei anderen Versicherungsträgern bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart hat. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die EUROPA Versicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Ansprüche gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist nur zur Leistung verpflichtet, wenn die Originalrechnungen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Der Versicherer leistet gegen Vorlage der erforderlichen Nachweise direkt an die versicherte Person, die einen unmittelbaren Leistungsanspruch hat.
- (3) 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.

- (4) Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Leistungserbringer vorzulegen; andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang).
- (6) Die in einer ausländischen Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuesten Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (7) Bei der Überweisung des Erstattungsbetrags auf ein Konto im Ausland können Gebühren und Spesen der ausländischen Bank anfallen. Diese werden nicht erstattet.
- (8) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (9) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge sowie für Personen, die ab diesem Zeitpunkt versichert werden; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet für die versicherte Person – auch für schwebende Versicherungsfälle –
 - a) mit dem vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit dem Tag des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit nach § 2 bzw. dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages;
 - c) mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
 - d) mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
 - e) mit dem Tod.
- (2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (ärztlich nachgewiesene Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit, längstens jedoch für vier Wochen über den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus.
- (3) Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ist nur bezüglich des Absatzes 1 Buchstabe a) möglich. Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass dem Versicherer die weitere Dauer der Beschäftigung gemeldet und der Verlängerungsbeitrag für die versicherte Person vor Ablauf des bisherigen Versicherungsschutzes gezahlt worden ist. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Verlängerungsvertrages eingetreten sind, wird im Rahmen des Verlängerungsvertrages nicht geleistet.

§ 8 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 Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland 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 dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.
- (5) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen.
- (7) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 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.

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 12 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.

§ 13 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen gegen den Versicherer aus dem Versicherungsvertrag bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers. Ist der Versicherungsnehmer oder der Versicherte eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer oder der Versicherte zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer oder den Versicherten aus dem Versicherungsvertrag ist, wenn dieser eine natürliche Person ist, das in Nr. 1 Satz 2 genannte Gericht ausschließlich zuständig. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine Personengesellschaft, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Sitz.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Sitz, Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers in der Bundesrepublik Deutschland.
- (4) Hat der Versicherte zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer nach dem Sitz des Versicherers in der Bundesrepublik Deutschland, alternativ nach dem Sitz des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 14 Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf eine der Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 15 Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen

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

§ 16 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 einmalige oder erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

§ 38 – Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten 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

- (4) 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.
- (5) 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.

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.

Anhang - Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang - Widerrufsbelehrung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

EUROPA Versicherung AG

Piusstr. 137, 50931 Köln

Sitz der Gesellschaft: Köln

Handelsregister Amtsgericht Köln B 7474

USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer 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. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließ-

lich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

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

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf

einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;

7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren je-weils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeit-punkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzu-weisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung