

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AVL der DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln:

1. Wer kann sich versichern?

Versichern können sich Personen,

- deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt,
- die nur vorübergehend ins Ausland reisen und
- die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf unser Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Wir ersetzen bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (s. Nr. 12) dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z.B. Krankentransport, siehe Nr. 4.4).

Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

3. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Unterbricht die versicherte Person vorübergehend – längstens für drei Monate – den Aufenthalt im Ausland, so besteht auch für im Inland **akut** eintretende Versicherungsfälle Versicherungsschutz für Leistungen nach Nr. 4. Erfolgt innerhalb von drei Monaten nach Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes keine Wiederausreise, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens drei Monate nach der Wiedereinreise, frühestens jedoch drei Monate nach Versicherungsbeginn. Der Beitrag ist in diesem Fall bis zum Ablauf des Monats zu entrichten, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

Auf unser Verlangen ist die Dauer der Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes nachzuweisen.

4. Welche Leistungen beinhaltet der Tarif AVL?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

4.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen, einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen analog den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,
- Geburtshilfe und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger,
- Arznei- und Verbandmittel (hierzu zählen nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze),
- Hilfsmittel (das sind: Bandagen, Gehhilfen und Korrekturschienen zur Überwindung von Verletzungsfolgen, die durch einen während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall bedingt sind),
- Heilmittel (das sind: physikalisch-medizinische Leistungen wie z.B. Wärmebehandlung, Elektrotherapie, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden),
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall

ersetzen wir zu 100 %.

- Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- Leistungen für den Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden.
- Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächsterreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

4.2 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen,
- Geburtshilfe und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung,
- einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste

ersetzen wir zu 100 %.

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die o.g. Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Bestimmungen entsprechend. Teilstationäre Heilbehandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.

Für ambulante und stationäre Heilbehandlung gilt:

- Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich aus der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.
- Bei Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt haben.

4.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für

a) zahnärztliche Leistungen

einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und den Heil- und Kostenplan

werden zu 100 % insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 500 EUR je Versicherungsjahr ersetzt.

Zahnkronen, Einlagefüllungen, Zahnersatz (z.B. Prothesen und Brücken), funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantatologische Leistungen und Kieferorthopädie

werden zu 50 % insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 1.000 EUR je Versicherungsjahr ersetzt.

- ##### b) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- werden zu dem Erstattungsprozentsatz der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistung ersetzt.

- Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen und Reparaturen.
- Die unter a) und b) genannten Regelungen gelten auch, wenn die Leistungen von einem Arzt oder während einer stationären Krankenhausbehandlung ausgeführt worden sind.

4.4 Sonstige Leistungen

a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransports der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst-erreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen ersetzen wir zu 100 %.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 EUR, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif AVL unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz, bei Einäscherung im Ausland auch die Überführung der Urne oder im Falle einer Beisetzung im Ausland die entstandenen Bestattungskosten bis maximal 10.000 EUR.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Der Versicherungsvertrag wird durch die Annahme des Antrages (Aushändigung des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) abgeschlossen.

Benutzen Sie ausschließlich das für den Abschluss vorgesehene Antragsformular. Dieses ist ordnungsgemäß ausgefüllt, wenn es eindeutige und vollständige Angaben über die versicherten Personen und die entsprechenden Beiträge enthält sowie die Gesundheitsfragen lückenlos beantwortet wurden.

6. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag beträgt für die versicherte Person pro Monat:

AMERIKA		
Eintrittsalter	Männer	Frauen
0–24 Jahre	65,90 EUR	65,90 EUR
25–29 Jahre	80,90 EUR	135,20 EUR
30–34 Jahre	80,90 EUR	223,05 EUR
35–49 Jahre	103,35 EUR	223,05 EUR
50–69 Jahre	119,85 EUR	223,05 EUR

ÜBRIGE WELT		
Eintrittsalter	Männer	Frauen
0–24 Jahre	21,95 EUR	21,95 EUR
25–29 Jahre	27,40 EUR	45,00 EUR
30–34 Jahre	27,40 EUR	74,20 EUR
35–49 Jahre	35,00 EUR	74,20 EUR
50–69 Jahre	40,60 EUR	74,20 EUR

Reist eine versicherte Person während einer Auslandsreise auch nach Amerika (Nord-, Mittel-, Südamerika und Karibik), ist für jeden angefangenen Monat des Aufenthaltes in Amerika der Beitrag für den Amerika-Aufenthalt zu zahlen.

7. Was ist bei der Beitragszahlung zu berücksichtigen?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beiträge sind am Ersten eines jeden Kalendermonats fällig, jedoch nicht vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5).

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter, dem Geschlecht der versicherten Person und dem Zielgebiet festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Dem steht gleich, wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die Sie nicht zu vertreten haben.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1 und 39 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

- (1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen

Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zurzeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

Eine anteilmäßige Beitragsrückzahlung ist nicht möglich.

8. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag kann für eine Mindestdauer von drei Monaten bis zu einer Höchstdauer von 36 Monaten abgeschlossen werden.

Eine Fortführung des Versicherungsvertrages um maximal 36 Monate kann – frühestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer – zu besonderen Bedingungen vereinbart werden. Eine Erklärung zur Fortführung des Vertrages muss spätestens fünf Tage vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer beim Versicherer eingehen.

Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Das Versicherungsverhältnis endet auch

- a) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, jedoch frühestens mit Ablauf des dritten Monats nach Versicherungsbeginn. Beendet nur einer der versicherten Personen den Auslandsaufenthalt, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.

9. Gibt es Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nur für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie für Kieferorthopädie. Sie rechnen vom Versicherungsbeginn an und betragen acht Monate.

10. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5),
- nicht vor Zahlung des Beitrages,
- nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes und
- nicht vor Ablauf der Wartezeiten (s. Nr. 9).

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach Tarif AVL bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt.

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder vor Zahlung des ersten Beitrages eingetreten sind, wird nicht geleistet.

11. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses zurückkehren, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus, solange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Für einen im Ausland eingetretenen Versicherungsfall wird auch noch im Inland bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Auslandsaufenthalt beendet wurde, weitergeleistet.

Besteht nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes keine direkte Anschlussversicherung, kann der Versicherungsschutz für drei Monate ab Einreise nach Deutschland für **akut** auftretende Versicherungsfälle auf Deutschland ausgedehnt werden. **Hierzu muss jedoch vor Einreise eine schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingehen.**

12. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit 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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Entbindung und Tod.

13. Wann zahlen wir nicht?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- a) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- e) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß vergütet;
- g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

14. Was tun im Schadenfall?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person unsere Notrufzentrale zur Beratung und Unterstützung in Fragen der Leistungsabwicklung einschalten.
- Bitte senden Sie im Schadenfall Ihre Belege an die DKV in Köln.

- Reichen Sie immer Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein. Die von dem Aussteller der Nachweise berechneten Kosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.
- Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Belege mit dessen Original-Erstattungsvermerk.
- Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.
- Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.
- Wir können mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise leisten. Ist der in Nr. 22 genannte Bevollmächtigte vom Versicherungsnehmer auch zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen ermächtigt, so kann der Versicherer an ihn mit befreiender Wirkung leisten.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag § 11 Fälligkeit

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

15. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich, nach Möglichkeit innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Es genügt eine Meldung an die Notrufzentrale.
- b) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von 3 Monaten nach der Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- c) Sie sind verpflichtet, auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.
- d) Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- e) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- f) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- g) Wird für eine versicherte Person ein Krankheitskostenversicherungsvertrag für den gleichen Auslandsaufenthalt bei uns oder bei einem weiteren Versicherer abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten Vorgaben. Wir sind ansonsten mit der in § 6 Abs. 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Wird die in Nr. 15 g genannte Obliegenheit verletzt, so sind wir nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn wir von unserem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch machen.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag § 6 Obliegenheitsverletzung

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

16. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zuname der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) sowie
- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen der Name der versicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 4.3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen enthalten.

17. Belege in fremder Sprache

Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen. Eventuell hierfür entstehende Kosten trägt der Versicherungsnehmer.

18. Belege in ausländischer Währung

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat. Kreditkarten- und Bankgebühren sind nicht erstattungsfähig.

19. Was geschieht, wenn Kosten für Überweisungen entstehen?

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen können – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – von den Leistungen abgezogen werden.

20. Ansprüche gegen Dritte

Haben Sie oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten. Geben Sie oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne unsere Zustimmung auf, so werden wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als Sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag § 67 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

21. Wann können Sie aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

22. Was ist bei Erteilen einer Empfangsvollmacht sowie Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

Der Versicherungsnehmer hat uns einen in der Bundesrepublik Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zu benennen, der für die Dauer seines Auslandsaufenthaltes zur Abgabe und Entgegennahme jeder Willenserklärung aus diesem Versicherungsverhältnis berechtigt ist.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Pflicht nicht nach, so genügt für eine Willenserklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines Briefes an die letzte uns bekannte Wohnadresse des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland. Die Erklärung wird mit dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne eine Wohnungsänderung oder dem Auslandsaufenthalt bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

23. Klagefrist und Gerichtsstand

Haben wir einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch von Ihnen nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem wir den Anspruch unter Angabe der mit Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt haben.

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Versicherungsvermittler zurzeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder – sofern es eine solche nicht gegeben hat – seinen Wohnsitz hatte.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebes haben.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln

Etwaige Beschwerden können an die DKV AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin oder an die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn – gerichtet werden.