

Allgemeine
Versicherungsbedingungen

Auslandsreise- Krankenversicherung Tarif GAR 1

im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen

Die VICTORIA. Ein Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung, Tarif GAR 1

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet bei Aufenthalt im Ausland Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse.

Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretendem Versicherungsfall werden die dort entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlungen ersetzt bzw. sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Rückführung, vgl. § 3 Abs. 4 a)) erbracht.

Für Aufenthalte zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Deutschland gilt nicht als Ausland.

(3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 3). 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 ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch der Tod einer versicherten Person sowie Geburt und Schwangerschaft, sofern diese nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes festgestellt war.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen, dem Gruppenvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2

Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Die Anmeldung zum Gruppenvertrag erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Die Versicherung gilt für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit einer Höchstdauer von 365 Tagen. Nach Ablauf dieser Höchstversicherungsdauer ist für den andauernden Auslandsaufenthalt eine erneute Anmeldung zum Gruppenvertrag nicht zulässig.

(2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn und nicht vor Ausreise aus Deutschland. Für den gleichen Auslandsaufenthalt ist eine Kombination mehrerer Tarife der Auslandsreise-Krankenversicherung, auch mit denen anderer Versicherer, nicht zulässig. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

(3) Wird ein länger als drei Monate dauernder Auslandsaufenthalt kurzfristig unterbrochen, besteht auch in Deutschland Versicherungsschutz bis zu insgesamt vier Wochen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Behandlung in Deutschland der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes war.

Besteht Versicherungsschutz in Deutschland, sind im Rahmen des § 3 anfallende ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland sind lediglich die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig (§ 2 Abs. 2 i. V. m. §§ 10–14 BundespflegegesetzVO).

Dazu zählen Fallpauschalen, Sonderentgelte, tagesgleiche Pflegesätze, vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme. Belegärztliche Leistungen sind nur bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig. Die Behandlung durch Heilpraktiker ist nicht versichert.

(4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise nach Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung nach § 2 Abs. 3 vorliegt, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.

(5) Ist eine im versicherten Zeitraum begonnene Behandlung nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer noch nicht beendet und kann die versicherte Person deshalb nicht zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall solange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

(6) Wird einer nach diesem Tarif versicherten Person während der Versicherungsdauer ein Kind geboren, so kann dieses ab Geburt bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der versicherten Person ebenfalls nach diesem Tarif versichert werden. § 2 Abs. 2 gilt insofern nicht.

§ 3

Umfang der Leistungspflicht

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

(1) Ambulante Heilbehandlung

Die Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Hilfsmittel, die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden,
- d) Heilmittel, das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden,
- e) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall,

werden zu 100% ersetzt.

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

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Die Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Krankenhausleistungen, einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung;
- c) einen Transport zum nächsterreichbaren anerkannten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste,

werden zu 100% ersetzt.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ist von der versicherten Person das nächsterreichbare, im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhaus aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

Die Einschaltung des Notruf-Service ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich.

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Die Aufwendungen für schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich sowie für Zahnfüllungen mit plastischem Material werden zu 100% ersetzt.

Außerdem werden die Aufwendungen für

- a) provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie
 - b) Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz
- zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250 EUR ersetzt.

Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

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

(4) Sonstige Leistungen

a) Rückführung

Bei einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland werden die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr nach Deutschland zusätzlich entstehen – ersetzt, wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (vgl. § 5 Abs. 3d)).

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 nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen werden zu 100% ersetzt, wenn vor Durchführung der Rückführung beim Versicherer bzw. bei dessen Notruf-Service eine Leistungszusage eingeholt wird. Sofern vor Durchführung der Rückführung keine Leistungszusage eingeholt wird, werden die nachgewiesenen Mehrkosten der Rückführung zu 80% ersetzt.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit werden die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 EUR ersetzt, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif GAR 1 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, werden die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000 EUR ersetzt.

c) Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland kann zwischen dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld von 25 EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes gewählt werden.

d) Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so werden die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person zu 100% ersetzt.

e) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Versicherer bzw. dessen Notruf-Service entstehen, werden insge-

samt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 EUR erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung nach § 3 Abs. 2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach § 3 Abs. 4 a) anfallen.

§ 4

Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für:

- a) Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Aufenthalt waren;
- b) Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar vor Versicherungsbeginn feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Aufenthaltes behandelt werden mussten, es sei denn, dass der Aufenthalt wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades erforderlich wurde;
- c) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch die aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind;
- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- e) für Entzugs-, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- f) psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten;
- g) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Versicherungsbeginn bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen besteht dann Versicherungsschutz, wenn das Kind gemäß § 2 Abs. 6 ebenfalls versichert wird;
- h) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- j) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- k) Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays (vgl. aber § 3 Abs. 3).

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

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 5

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen soll innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Versicherungsfalles geltend gemacht werden.

(2) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro (bis zum 31. 12. 2001 in Deutsche Mark) 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.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfang der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:

- a) Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen. Wurde die Originalrechnung einem anderen Krankenversicherer zur Erstattung vorgelegt, genügt ein Duplikat mit Erstattungsvermerk.
- b) Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
- c) Rezepte sind mit den dazugehörigen Arztrechnungen, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach § 3 Abs. 3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten bzw. provisorisch ersetzten Zähne und jeweils vorgenommenen Leistungen tragen.

- d) Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.

(4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1–3 VVG (siehe Anhang).

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

(6) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(8) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

§ 6

Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Er wird bei Anmeldung der jeweiligen versicherten Personen zum Gruppenvertrag fällig. Den Zeitpunkt der Beitragszahlung bestimmt der Gruppenvertrag.

Der Versicherungsschutz für die jeweils versicherte Person wird nur bei vollständiger Zahlung des Einmalbeitrages zur Verfügung gestellt.

(2) Der Beitrag wird pro Tag berechnet und richtet sich nach der Aufenthaltsdauer. Die Höhe des Beitrages ist im Gruppenvertrag geregelt.

(3) Steht ein Auslandsaufenthalt mit einem vorhergehenden in einem inneren Zusammenhang und liegen zwischen den Aufenthalten weniger als drei Monate, werden zur Ermittlung des Beitrages pro Tag für den jetzt zu versichernden Aufenthalt die Zeiten der Aufenthalte zusammengerechnet. Von einem inneren Zusammenhang ist in der Regel auszugehen, wenn die Reisen in das gleiche Land führen oder dem gleichen Zweck dienen. Die Gesamtversicherungsdauer darf hierbei jedoch 365 Tage ebenfalls nicht überschreiten.

§ 7

Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht oder ihres Umfangs erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Der Versicherer ist ansonsten mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 8

Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 9

Ansprüche Dritter

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 10

Aufrechnung

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

§ 11

Klagefrist/Gerichtsstand

(1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Gegen den Versicherer gerichtete Klagen können bei dem Gericht an dessen Sitz in Düsseldorf 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.

(3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem diese ihren Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebes haben.

Anhang

Auszug aus dem VVG (Versicherungsvertragsgesetz)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

(1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles 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.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 11 Fälligkeit

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles 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 des Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Verpflichtung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 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.

Es betreut Sie:

VICTORIA Krankenversicherung AG, Postfach, 40198 Düsseldorf
Telefon 0211/4 77-44 44, Fax, 0211/4 77-41 93
<http://www.victoria.de>, E-Mail: auslandsreise.kranken@victoria.de