

## **GAR 3 / D.i.A. e.V.**

(Stand: 06.2004)

### **§1**

#### **Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten und bei Versicherungsbeginn das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Der Versicherer bietet bei Aufhalten im Ausland Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall werden die entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlungen ersetzt bzw. sonst vereinbarte Leistungen (z.B. Rückführung, vgl. § 4 Abs. 4) erbracht.

**Die versicherte Person kann mit dem Beitritt zum Gruppenvertrag den Versicherungsschutz a) mit weltweiter Auslandsgeltung oder b) mit Auslandsgeltung ohne die Staaten des amerikanischen Kontinents vereinbaren. Bei Vereinbarung des Versicherungsschutzes nach Buchstabe b) besteht kein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die in den Staaten des amerikanischen Kontinents entstehen.**

(3) Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Deutschland gilt nicht als Ausland (sh. § 2 Abs. 3).

(4) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 4). 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

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und
- der Tod einer versicherten Person.

(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(6) 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 Deutschlandaufenthalt und wird für mindestens 9 Monate und maximal drei Jahre abgeschlossen. Nach Ablauf der dreijährigen Versicherungsperiode ist eine erneute Anmeldung zum Gruppenvertrag möglich, sofern die zu versichernde Person zu diesem Zeitpunkt das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die maximale Versicherungsdauer für eine erneute Anmeldung beträgt ebenfalls drei Jahre.

(2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn, nicht vor Ausreise aus Deutschland und nicht vor Ableistung der Wartezeiten (sh. § 3). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Bei einer erneuten Anmeldung gemäß Abs. 1 besteht der Versicherungsschutz ohne Unterbrechung und Wartezeiten fort, wenn sich der aus der erneuten Anmeldung ergebende Versicherungsschutz unmittelbar, d.h. ohne zeitliche Unterbrechung, an den vorausgegangenen anschließt.

(3) Wird der versicherte Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht auch in Deutschland Versicherungsschutz bis zu insgesamt drei Monaten innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten. Erfolgt innerhalb von drei Monaten nach Unterbrechung keine Wiederausreise, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens drei Monate nach Beginn der Reiseunterbrechung. Auf Verlangen des Versicherers hat die versicherte Person die Dauer der Reiseunterbrechung nachzuweisen.

(4) Der Versicherungsschutz endet

- mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer
- bei vorzeitiger Abmeldung vom Gruppenvertrag,
- mit der Wiedereinreise nach Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung nach Abs. 3 vorliegt, und
- 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 so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

(6) Wird einer nach diesem Tarif versicherten Person während der Versicherungsdauer ein Kind geboren, so kann dieses Kind rückwirkend ab dem Tag der Geburt bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der versicherten Person ebenfalls nach diesem Tarif versichert werden. Die Anmeldung beim Versicherer muss spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt erfolgen. Abs. 2 gilt insofern nicht.

(7) Hat die Versicherung mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden und scheidet der Versicherte aus dem Gruppenvertrag aus, so hat er, sofern er über einen Wohnsitz in Deutschland verfügt, das Recht auf Aufnahme in einen gleichwertigen, für das Neugeschäft geöffneten Tarif der Krankheitskosten-Vollversicherung des Versicherers. Die Aufnahme erfolgt insoweit ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten, soweit der beantragte Versicherungsschutz dem dieses Tarifs entspricht. Unbeschadet davon bleibt das Rechts des Versicherers, bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes für den GAR 3 / D.i.A. e.V. übersteigenden Teil Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse sowie Wartezeiten zu vereinbaren.

Die Ausübung des Weiterversicherungsrechtes setzt voraus, dass die aus dem Gruppenvertrag ausscheidende Person ihr Recht auf Aufnahme in einen gleichwertigen, für das Neugeschäft geöffneten Tarif der Krankheitskosten-Vollversicherung innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Versicherung schriftlich und unter Benennung des gewünschten Tarifs der Krankheitskosten-Vollversicherung ausübt.

Die Krankheitskosten-Vollversicherung muss sich unmittelbar an das Ende der Vorversicherung in den oben genannten Tarifen der Auslandsreise-Krankenversicherung anschließen.

### **§ 3**

#### **Wartezeiten**

(1) Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an und betragen acht Monate.

(2) Wartezeiten bestehen bei Schwangerschaft, Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

(3) Die Wartezeit entfällt jedoch für die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten sowie bei Zahnersatz, der wegen eines während des versicherten Zeitraums eingetretenen Unfalls erforderlich wird.

## § 4

### Umfang der Leistungspflicht

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

#### (1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen zu 100%,
- b) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers anlässlich einer ambulanten Geburt zu 100%. Für die ambulante Vor- und Nachsorge bei stationärer Geburt werden maximal 200 EUR erstattet,
- c) Arznei- und Verbandmittel zu 100%,
- d) Hilfsmittel in einfacher Ausführung aufgrund ärztlicher Verordnung zu 80%. Werden diese Hilfsmittel erstmals aufgrund eines während des versicherten Zeitraums eingetretenen Unfalles erforderlich, werden die Kosten zu 100% erstattet.
- e) Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) zu 100%, maximal 200 EUR in drei Jahren,
- f) Heilmittel, das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Massagen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden, zu 100%
- g) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall zu 100%,
- h) Psychotherapie, maximal 20 Sitzungen pro Jahr.

Bei ambulanter Behandlung in Deutschland sind die Leistungen auf den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte, bzw. bei Heilpraktikern auf den Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH 1985) begrenzt.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im jeweiligen Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, sowie Psychotherapeuten, Hebammen und Entbindungspflegern frei. Bei Behandlungen in Deutschland (Reiseunterbrechung) ist ein niedergelassener approbierter Arzt zu wählen. Die Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern oder sonstigen nichtärztlichen Behandlern sind nicht erstattungsfähig.

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Heilbehandlern verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate, kosmetische, vorbeugende, Regenerations- und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

#### (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,
- d) Leistungen von Hebammen oder Entbindungspflegern

werden zu 100% ersetzt.

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

In Deutschland besteht unter diesen Voraussetzungen die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, im Ausland ist das nächstgelegene allgemein anerkannte Krankenhaus aufzusuchen.

Für medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die sonstigen Voraussetzungen der vorstehenden Absätze erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer sie vor Beginn der Behandlung zugesagt hat.

Bei privatärztlicher stationärer Behandlung in Deutschland werden solche Kosten erstattet, die den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entsprechen.

Die Einschaltung des Notruf-Service ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich, soweit die Behandlung nicht in Deutschland erfolgt.

#### (3) Zahnärztliche Heilbehandlung

- a) Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Behandlung im Mund- und Zahnbereich werden zu 100% ersetzt, maximal jedoch 1.000 EUR pro Person innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie vorbeugende Untersuchungen.
- b) Die Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (einschließlich Material- und Laborkosten) werden zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal 3.000 EUR pro versicherte Person innerhalb von 12 Monaten, ersetzt.

Als Zahnersatz gelten Prothesen, Brücken, Kronen, Teilkronen, Stiftzähne, Implantate und Einlagefüllungen (Inlays) sowie alle damit im Zusammenhang stehenden vor- und nachbereitenden, insbesondere funktionsanalytische Maßnahmen. Vor Durchführung von Zahnersatz- bzw. kiefer- oder zahntechnischen Maßnahmen ist ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

Bei zahnärztlicher Behandlung in Deutschland (Reiseunterbrechung) sind die Leistungen auf den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) begrenzt.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im jeweiligen Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. In Deutschland sind niedergelassene approbierte Ärzte und Zahnärzte zu wählen.

#### (4) Sonstige Leistungen

##### a) Rückführung

Bei einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland werden die Mehrkosten des Rücktransports der versicherten Person, – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehen – ersetzt, wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (vgl. § 6 Abs. 3). Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland 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 in Deutschland oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000 EUR erstattungsfähig.

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. Pro Versicherungsfall ist nur eine Rückführung erstattungsfähig.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit werden die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 EUR ersetzt, wenn nach ärztlichem Befund eine nach die-

sem Tarif unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

Die Rückreise ins Ausland ist nicht erstattungsfähig.

- b) Todesfall  
Stirbt die versicherte Person während des Aufenthaltes im Ausland, werden die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz in Deutschland oder die im Falle einer Beisetzung am Sterbeort entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000 EUR ersetzt.
- c) Krankenhaustagegeld  
Bei stationärer Heilbehandlung 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 im Ausland 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 aus einem Ausland mit dem Versicherer bzw. dessen Notruf-Service entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 EUR erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung nach Abs. 2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach Abs. 4 a) anfallen.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für:

- a) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch die aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind;
- b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- c) für Entzugs-, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung
- g) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem der Versicherer die versicherte Person über den Leistungsausschluss informiert hat. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung bereits ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten nach der Benachrichtigung.
- h) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang nur für solche Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leistet er auch dann, wenn sich die Methoden und Arzneimittel in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder sie deshalb angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann seine Leistungen jedoch dann auf den Betrag beschränken, der bei der Anwendung der Schulmedizin angefallen wäre.

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.

Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt unter Anrechnung der von anderen Kostenträgern bereits erbrachten Leistungen. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versi-

cherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

## § 6 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 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 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten bzw. 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.

## § 7 Beiträge und Beitragszahlung

(1) Der Beitrag wird für volle Kalendermonate berechnet. Er ist jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die Einzelheiten der Beitragszahlung bestimmt der Gruppenvertrag.

(2) Der tarifliche Monatsbeitrag ist abhängig vom Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter, das sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns ergibt.

Bei einer erneuten Anmeldung (vgl. §2 Abs. 1) wird das dann erreichte Eintrittsalter zugrunde gelegt.

- (3) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.
- (5) Im Falle der vorzeitigen Beendigung eines Versicherungsverhältnisses gilt pro versicherte Person ein Mindestbeitrag in Höhe von drei Monatsbeiträgen als vereinbart.

## **§ 8 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.

## **§ 9 Aufrechnung**

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## **§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen**

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

## **§ 11 Ansprüche Dritter**

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher 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 Kostensatz 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.

## **§ 12 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange des Versicherungsnehmers

vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

- (2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

- (3) Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

- (4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 3 gilt entsprechend.

## **§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

- (1) Wird eine versicherte Person krankenversicherungspflichtig und erhält dadurch Versicherungsschutz in Deutschland, so kann der Versicherungsnehmer binnen zweier Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

## **§ 14 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 zur Zeit 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 es 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 Gefahrenerhöhung 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.

### **§ 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 Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit 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 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.

### **§ 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.