

Verbraucherinformationen DIA- Weltpolice

Allgemeine Kundeninformationen	2
Widerrufsbelehrung	7
Versicherungsbedingungen der DIA-Weltpolice (DW-WP)	9
Historie	19
Gesetzesauszüge	21
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	26
Dienstleisterliste	30

Allgemeine Kundeninformationen

Mit den folgenden Angaben möchten wir, die DR-WALTER GmbH, Sie als Kunden umfassend über die beteiligte Versicherungsgesellschaft und die zugrundeliegende Versicherung informieren. Diese Versicherung wird über die DR-WALTER GmbH sowie deren Vertriebspartner angeboten.

Die DIA-Weltpolice ist eine internationale Auslandsreise-Gruppenkrankenversicherung, welche die DR-WALTER GmbH (Versicherungsnehmer) für Mitglieder des Deutsche im Ausland e. V. (DIA e. V.) unter Beteiligung der DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH entwickelt und abgeschlossen hat. Risikoträger ist die Barmenia Krankenversicherung AG.

1. Art des Versicherungsvertrages

Bei der DIA-Weltpolice handelt es sich um eine internationale Auslandsreise-Gruppenkrankenversicherung.

2. Identität der beteiligten Unternehmen

In Verbindung mit diesen Versicherungen arbeitet die DR-WALTER GmbH mit einer renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

Versicherungsschutz gewährt die:

Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia Allee 1

42119 Wuppertal, Deutschland

Sitz: Wuppertal

Amtsgericht Wuppertal HRB 28475

Die Vertrags- und Leistungsabwicklung gewährt die:

DR-WALTER GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland

Sitz: Neunkirchen-Seelscheid

Amtsgericht Siegburg HRB 4701

Die DR-WALTER GmbH ist als Mehrfachvertreter nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung tätig.

Die zuständige Erlaubnisbehörde ist die IHK Bonn / Rhein-Sieg, Bonner Talweg 17, 53113 Bonn, T +49 228 2284 -0, F +49 228 2284 -170, info@bonn.ihk.de, www.ihk-bonn.de.

Im Vermittlerregister ist die DR-WALTER GmbH unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 registriert. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse <https://www.vermittlerregister.info> oder beim Versicherungsvermittlerregister DIHK | Deutsche Industrie- und Handelskammer, Breite Straße 29, 10178 Berlin, T 0180-600-585-0 (Festnetzpreis 0,20 € / Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 € / Anruf).

Die DR-WALTER GmbH hält eine direkte Beteiligung von 100 % an den Stimmrechten der DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH. Kein Versicherungsunternehmen oder Mutter eines Versicherungsunternehmens hält eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 % an den Stimmrechten oder am Kapital der DR-WALTER GmbH.

3. Vertretungsberechtigte Personen der beteiligten Unternehmen

Gesetzlicher Vertreter der Barmenia Krankenversicherung AG ist der Vorstand wie folgt: Dr. Andreas Eurich (Vors.), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Carola Schroeder, Vorsitzender des Aufsichtsrates ist: Dr. h. c. Josef Beutelmann.

Gesetzliche Vertreter der DR-WALTER GmbH sind die Geschäftsführer.

4. Hauptgeschäftstätigkeit der Versicherer

Die Barmenia Krankenversicherung AG betreibt alle Arten der Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn ausgeübt.

5. Garantie- und Sicherungsfonds

Die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen:

Die Verbraucherinformationen beschreiben die Versicherungsleistungen nach Art und Umfang und enthalten alle sonstigen Regelungen.

Der gesamte Inhalt ergibt sich aus den folgenden Unterlagen:

- Versicherungsbedingungen DIA-Weltpolice (DW-WP), der Barmenia Krankenversicherung AG,
- Weitere Informationen erhalten Sie mit den allgemeinen Kundeninformationen,
- dem Produktinformationsblatt,
- Der Versicherungsschein dokumentiert den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Die von Ihnen anzugebenden Daten und eventuell einzureichenden Unterlagen dienen insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes.

Nebenabreden (z. B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn diese von der DR-WALTER GmbH oder der beteiligten Versicherungsgesellschaft schriftlich bestätigt werden.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtbeitrag ergibt sich aus der Auswahl der Leistungsstufe, des Selbstbehaltes, der versicherten Region und Ihres Alters. Der Gesamtbeitrag wird in dem Beratungsprotokoll und auf Ihrer Versicherungsbestätigung genannt.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind gemäß § 4 Nr. 5 Vers. Stg. steuerfrei.

8. Steuern, Gebühren und Kosten

Für den Fall, dass Sie mit Ihren Zahlungen in Verzug geraten, können die in den Versicherungsbedingungen genannten Mahnkosten, sowie Säumniszuschläge anfallen. Sonstige Steuern, Gebühren oder Kosten fallen nicht an.

9. Einzelheiten zur Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist im Voraus zu entrichten und jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Aushändigung der Versicherungsbestätigung zu zahlen.

(3) Es gelten die gesetzlichen Verzugs- und Mahnregelungen gemäß §§ 37 – 39 VVG.

(4) Der ausgewiesene Beitrag enthält keine Versicherungssteuer. Sollte eine solche aufgrund der rechtlichen Vorgaben fällig werden, so ist diese gesondert zu entrichten. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(5) Die Pflicht zur Beitragszahlung wurde vom Versicherungsnehmer auf die Hauptversicherten übertragen. Es gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für die hauptversicherten Personen.

(6) Der Versicherer vergleicht jährlich die kalkulierten mit den tatsächlich erbrachten Versicherungsleistungen und passt die Beiträge an, soweit es erforderlich ist. Die Beitragsanpassung wird zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres wirksam. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Mitteilung über die Beitragsanpassung wenigstens einen Monat vorher erhalten hat.

10. Obliegenheiten

(1) Der Hauptversicherte und die als empfangsberechtigt benannte mitversicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(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.

11. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Ziffer 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

12. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Hauptversicherte bzw. eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Hauptversicherte bzw. die mitversicherte 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 Hauptversicherte bzw. eine mitversicherte Person vorsätzlich die in Ziffer 10 Absätze 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 Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Hauptversicherten bzw. einer mitversicherten 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.

(5) Soweit bei einem Versicherungsfall Dritte leistungspflichtig sind oder Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen deren Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn in einem Versicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, wird dieser in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

(6) Die versicherte Person hat den Versicherer über den Abschluss oder das Bestehen anderweitiger Versicherungsverträge, die denselben Leistungsgegenstand wie dieser Gruppenversicherungsvertrag haben, unverzüglich zu informieren.

13. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

14. Zustandekommen des Vertrages

Nach der Übermittlung Ihrer notwendigen Daten können wir Ihren Antrag auf Beitritt innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Beitrittserklärung. Wenn die versicherte Person die Versicherungsbestätigung innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zustande. Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese während des Antragsprozesses einer Gesundheitsprüfung.

Für zu versichernde Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nicht erfüllen, kommt die Mitgliedschaft auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrages zustande.

15. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den Folgeseiten.

16. Laufzeit des Vertrages

Dieser Vertrag ist nicht befristet.

Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate.

17. Angaben zur Vertragsbeendigung

Die versicherte Person kann das Versicherungsverhältnis, nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit, zum Ende eines jeden Monats kündigen.

18. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht und deutscher Gerichtsstand Anwendung.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

Der Gerichtsstand ist Wuppertal.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

19. Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in englischer und deutscher Sprache.

20. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, wenden Sie sich bitte an die DR-WALTER GmbH.

So erreichen Sie uns:

DR-WALTER GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland

T +49 22 47 91 94 -0

F +49 22 47 91 94 -40

E-Mail: beschwerde@dr-walter.com

Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

Bei Beschwerden zu Ihrer Kranken- oder Pflegeversicherung wenden Sie sich bitte an den

Ombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen

Postfach 060222

10052 Berlin

T 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

F +49 30 20 45 89 31

E-Mail: ombudsmann@pkv.de

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt für den Versicherungsnehmer unberührt.

Beschwerden können Sie außerdem richten an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn, Deutschland

T +49 228 4108 0

F +49 228 4108 1550

E-Mail: poststelle@bafin.de

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb 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:

Barmenia Krankenversicherung AG, c/o DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Ein Widerruf per Fax ist möglich an die folgende Faxnummer: +49 22 47 91 94-40

Ein Widerruf per E-Mail ist möglich an die E-Mail Adresse: vertrag@dr-walter.com

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 Ausgangsbetrag in Höhe von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag. 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. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

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. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. 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;
10. 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 einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. 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;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt 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;
16. 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;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Versicherungsbedingungen der DIA-Weltpolice (DW-WP)

Für Sie relevante Inhalte aus dem Gruppenversicherungsvertrag

Stand, 01.01.2026

1. Versicherte Personen

(1) Versicherungsfähig, als (Haupt-) versicherte Person, sind alle Personen die Mitglied im DIA e. V oder LAC e.V. sind und sich im Ausland aufhalten. Als Ausland gelten alle Länder, mit Ausnahme jenes, welches die versicherte Person als ihr Heimatland angibt.

Das Heimatland ist das Land, in welches eine versicherte Person im Falle einer medizinischen Rückführung, oder im Todesfall zurückgebracht wird. Die versicherte Person muss entweder die Staatsangehörigkeit, oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis für das angegebene Heimatland besitzen. Es gilt die unter Ziffer 3 Abs. 5 genannte zeitliche Beschränkung des Versicherungsschutzes pro Kalenderjahr.

(2) Versicherungsfähig als (Mit-) versicherte Person sind Familienangehörige – Ehegatte/Ehegattin, Lebenspartner/in und Kinder, welche die unter Absatz 1 genannte Person ins Ausland begleiten bzw. dort gemeinsam leben oder dort besuchen, können versichert werden (Familienangehörige sind wie auch die Personen in Absatz 1 jeweils gemäß Ziffer 2 anzumelden und die aus der Versicherung ausscheidenden Personen abzumelden)

(3) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag ausschließlich zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bestehen. Versicherungsnehmer kann bei Vertragsabschluss ausschließlich ein Unternehmen mit Sitz in Deutschland sein. Sämtliche Korrespondenz wird ausschließlich zwischen den Vertragsparteien geführt.

2. An-, Abmeldung und Gesundheitsprüfung

(1) Die Anmeldung einer versicherten Person erfolgt über ein Anmeldeformular.

(2) Für die Abmeldung einer versicherten Person ist die Textform zwingend erforderlich. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate.

(3) Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese während des Antragsprozesses einer Gesundheitsprüfung. Daher müssen die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet werden.

3. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die 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 oder Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

(2) 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:

- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch;
- Entbindung;

- Krankenrücktransport;
- Überführung im Todesfall bzw. Bestattung am Sterbeort.

(3) Der weltweite Versicherungsschutz erstreckt sich auf die im Aufenthaltsland entstehenden Aufwendungen.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Vertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz gilt in folgenden Regionen:

Region 1: Weltweit – Weltweit, ausgenommen USA und Kanada

Region 2: Weltweit – inklusive USA und Kanada

Als Zielregion gilt die Region in der sich die versicherte Person(en) aufhält, oder aufhalten wird. Besteht Versicherungsschutz in Region 1, so gilt bei vorübergehender Reise (für maximal sechs Wochen) auch in Region 2 Versicherungsschutz, jedoch nur für medizinische Notfälle, Unfallfolgen sowie bei Tod.

Der Wechsel in eine andere Region muss unverzüglich beim Versicherer angezeigt werden.

Aufenthalte im Heimatland sind bis zu 180 Tage je Kalenderjahr mitversichert.

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Wartezeiten und Selbstbehalt

(1) Der Versicherungsschutz beginnt (vorbehaltlich Annahme des Antrages und gesetzlicher Widerrufsrechte) mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Zahlung der Erstprämie, sowie nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate über den Gruppenversicherungsvertrag versichert ist und das Neugeborene den versicherten Elternteil begleitet. Der Versicherungsschutz beginnt ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten, wenn die Anmeldung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Wird Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Im Zweifel gilt die Vorlage der Geburtsurkunde als Anmeldung von neugeborenen Kindern.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

(4) Die Wartezeiten werden vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

Die Wartezeiten für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung), Entbindung sowie für Psychotherapie betragen 10 Monate.

Bei Unfällen entfallen die Wartezeiten für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung), sowie für Entbindung.

Die Wartezeit für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen beträgt zwei Jahre.

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(5) Der gewählte Selbstbehalt wird auf die erstattungsfähigen Leistungen je Kalenderjahr angerechnet.

Beginnt der Versicherungsschutz im Laufe eines Kalenderjahres, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr anteilig berechnet. Dabei erfolgt die Berechnung auf volle Kalendermonate, beginnend mit dem Monat des Versicherungsbeginns.

Folgende Leistungen werden ohne Anrechnung eines Selbstbehalts und bis zur jeweils geltenden Höchstgrenze erstattet:

- 5. (v) – Schutzimpfungen
- 5. (w) – Vorsorgeuntersuchungen
- 5. (aa) – Erweiterte Schwangerschaftsvorsorgeleistungen
- 5. (dd) – 2 professionelle Zahnreinigungen pro Kalenderjahr

5. Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung, ambulanten Vorsorgeuntersuchungen, Untersuchung und medizinisch notwendigen Behandlung wegen Schwangerschaft sowie bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, bei Entbindung fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen

in der Deckungsvariante Plus zu

a) 100% für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;

Diese Leistungen können auch von Therapeuten, die im Aufenthaltsland zugelassen sind und dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen) durchgeführt werden. Dazu zählen auch alternative Behandlungsmethoden wie:

- Akupunktur (Nadeltechnik)
- Homöopathie
- Behandlungsmethoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)

b) 100% für Geburtshilfe und Nachsorge durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger. Wir erstatten neben den Entbindungskosten alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Schwangerschaftskomplikationen sowie einen medizinisch notwendigen Kaiserschnitt;

Untersuchungen durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger sowie Leistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe und Nachsorge sind erstattungsfähig.

c) 100% für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel;

Lifestylepräparate (u.a. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate), Mittel zur Empfängnisverhütung, Nähr- und Stärkungsmittel, Vitamin- und Vitaminmischpräparate sowie kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden und fallen somit nicht unter den Versicherungsschutz.

d) 100% für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige elektrische und physikalische Behandlungen;

- Osteopathie und/oder Chiropraktik insgesamt max. 20 Behandlungen pro Kalenderjahr einschließlich Arznei- und Verbandmittel;
- Logopädie: Erstattungsfähig sind Behandlungen, die im Rahmen oder in Verbindung mit einer Sprachtherapie stehen und durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten durchgeführt werden;
- Ergotherapie: Erstattungsfähig sind Behandlungen, die im Rahmen oder in Verbindung mit einer Ergotherapie stehen und durch einen qualifizierten Ergotherapeuten durchgeführt werden.

e) 100% für ärztlich verordnete Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hilfsmittel, die im Rahmen der Pflege einer versicherten Person eingesetzt werden sowie sanitäre Bedarfsmittel) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Person und Kalenderjahr. Aufwendungen für Betriebsfähigkeit (ausgenommen Reparaturen im Rahmen eines Höchstsatzes), Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln sind nicht erstattungsfähig;

f) 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel;

Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Hemodialyse und zur Sauerstofftherapie).

g) 100% für diagnostische Untersuchungen;

Hierzu zählen u. a. Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.

h) 100% für die Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer;

Eine stationäre Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn eine mit ihr in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die Anschlussheilbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss dieser stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Leistungsanspruch besteht maximal für die in den ersten 28 Tagen der stationären Anschlussheilbehandlung entstehenden Aufwendungen.

i) 100% für einen notwendigen Transport zur oder von einer stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs.

3 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;

j) 100% für ambulante Transportkosten;

Erstattungsfähig ist der notwendige Transport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall und Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie, sowie die Fahrt zur und von einer ambulanten Operation (am Tag der OP).

k) 100% für häusliche Krankenpflege;

Häusliche Krankenpflege nach einem mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen stationären Krankenhausaufenthalt. Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen. Unter den Versicherungsschutz fallen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die üblicherweise ärztliche Leistungen darstellen (z.B. Verbandwechsel, Stoma-Versorgung, Medikamentengabe, etc.).

Die Erstattung beträgt 200,00 EUR pro Tag, maximal jedoch 2.800,00 EUR pro versicherter Person und Kalenderjahr.

Sonstige Pflegeleistungen, wie z.B. Waschen, Anziehen, Haushaltsführung, etc. fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

l) 100 % für ambulante Psychologische Erstversorgung für bis zu 3 Sitzungen;

m) 100% stationäre Psychotherapie;

Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die in den ersten vier Wochen entstehenden Aufwendungen je Versicherungsfall.

n) 100% für Zahnbehandlungen;

z.B. hochwertige Zahnfüllungen (Inlays), Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, zahnprophylaktische Maßnahmen, nicht aber professionelle Zahnreinigung.

o) 50% für unfallbedingten Zahnersatz und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);

p) 100% für Rücktransporte;

Liegt auf Grund einer Krankheit oder Unfallfolge eine medizinische Indikation für einen Rücktransport vor und ist dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar, werden die notwendigen Aufwendungen für den Krankentransport einer versicherten Person (einschließlich der Kosten für ggf. erforderliches medizinisch geschultes Begleitpersonal) aus dem Ausland in Ihr Heimatland in voller Höhe ersetzt.

Das schließt auch Rettungsflüge (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) ein, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit sind, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

q) 100% für die notwendigen Kosten einer Rückholung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren sowie einer Begleitperson, werden bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von maximal 5.000,00 EUR ersetzt, sofern der Hauptversicherte und alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind;

r) 100% für Überführungs-/ Bestattungskosten;

Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen – auch nach vorheriger Einäscherung am Sterbeort – an seinen Wohnsitz in das ursprüngliche Ausreiseland ersetzt. An Stelle von Überführungskosten können die Kosten einer Bestattung am Sterbeort ersetzt werden. Särge und Urnen sind in einfachen Ausführungen erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Rahmen der Trauerfeierlichkeiten bzw. religiöser oder ritueller Zeremonien anfallen sowie z.B. Kosten für Blumenschmuck, Anzeigen, Trauerkarten, etc.

s) 100% für einen Blutkonserventransport;

Werden an einem Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig und muss bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden oder sind die notwendigen Blutkonserven vor Ort nicht vorhanden, werden die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland erstattet.

t) 100% für Rooming-in;

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, wird für die Dauer der Begleitung ein Krankenhaus-Tagegeld von 50,00 EUR pro Tag gezahlt, maximal jedoch 500,00 EUR pro Kalenderjahr und versichertem Kind. Es werden zusätzlich Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer elterlichen Begleitperson für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei einer stationären Krankenhausbehandlung erstattet.

u) 100 % für Such-, Rettungs- und Bergungskosten;

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und muss sie deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden, so fallen unter den Versicherungsschutz die dafür angefallenen Kosten bis zu 10.000,00 EUR.

zusätzlich in der Deckungsvariante Best zu

v) 100% für alle Schutzimpfungen – auch berufsbedingte oder solche aus Anlass von Auslandsreisen – sowie die Impfstoffe und in diesem Zusammenhang anfallende Arztkosten. Impfungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen, sind hiervon ausgenommen;

w) 100% für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten;

Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung sind:
Laboruntersuchungen auf genetische Erkrankungen und Bestimmung von Tumormarkern, sowie auf diverse Infektionserkrankungen (u. a. AIDS, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis), sowie MRT, CT und weitere spezielle bildgebende Untersuchungen (siehe Anlage 1 "Rund um die Vorsorge")

x) 100 % für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen;

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, wenn die sonstigen zuvor aufgeführten versicherten Leistungen nicht ausreichen, das medizinisch erforderliche Behandlungsziel zu erreichen. Der Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen ist auf höchstens 20 Behandlungstage begrenzt, es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

y) Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK);

Unter den Versicherungsschutz fallen nach Ablauf von 2 Jahren – gerechnet vom Versicherungsbeginn bzw. vom gemeldeten Reisebeginn der versicherten Person an – operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000,00 EUR je Auge während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig.

z) Für Sehhilfen;

Brillen, Kontaktlinsen und Sonnenbrillen mit Sehkraft (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker): Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR innerhalb zweier Kalenderjahre. Der Zeitraum beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem die jeweils erste Sehhilfe eines Anspruchszeitraums bezogen wird.

aa) Erweiterte Schwangerschaftsvorsorgeleistungen;

100% der Kosten für das Ersttrimesterscreening sowie eine Amniozentese.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse sowie Rückbildungsgymnastik, jeweils bis zum Höchstbetrag von 500,00 EUR.

Unter der Voraussetzung, dass der stationäre Aufenthalt bei einer Entbindung weniger als drei Tage gedauert hat oder eine Hausgeburt erfolgt ist, wird eine Pauschale in Höhe von 130,00 EUR gezahlt (Entbindungspauschale).

bb) 100 % für die Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung im Einbettzimmer, sowie Behandlung durch den Chefarzt;

Zimmer mit luxuriöser Ausstattung wie z.B. Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites sind nicht erstattungsfähig.

cc) Ab dem 15. Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in Höhe von täglich 50,00 EUR gezahlt. Die Höchstleistungsdauer beträgt 20 Tage pro Kalenderjahr;

dd) 100 % für 2 professionelle Zahnreinigungen pro Kalenderjahr;

ee) 70 % für Aufwendungen für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, einschließlich Vor- und Nachbehandlungen.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Betrag von insgesamt 7.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

ff) 100 % für ambulante Psychotherapie;

Sollten für die Behandlung mehr als 15 Sitzungen (inklusive probatorischer Sitzungen) erforderlich sein, muss die versicherte Person für die darüberhinausgehende Erstattung der Therapie eine schriftliche Genehmigung von der Barmenia einholen.

(2) Der Versicherungsschutz für diese Leistungen beginnt gemäß Ziffer 4 des Vertrages.

Vorerkrankungen sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen. Voraussetzung hierfür ist die ausführliche und wahrheitsgemäße Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen und eine medizinische Gesundheitsprüfung einer jeden versicherten Person (Ausnahmen siehe Ziffer 4 Absatz 2-3). In diesen Fällen kann der Versicherer, soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, einen Beitragszuschlag erheben und/oder einen Leistungsausschluss verfügen.

(3) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Therapeuten, die im Aufenthaltsland zugelassen sind und dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen), dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

(5) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend 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.

6. Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

- a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind;
- b) die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- c) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren und Maßnahmen zur Entwöhnung;
- d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsbehandlungen, außer diejenigen Leistungen, die unter Ziffer 5 aufgeführt sind;
- e) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
- f) Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS-Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte, Blutdruckmessgeräte) sowie nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten;
- g) arbeitsmedizinische Untersuchungen, für Untersuchungen zur Erlangung einer Aufenthaltsgenehmigung oder Arbeitsgenehmigung sowie Kindergarten- und Schulauglichkeitsbescheinigungen;
- h) Diagnostik und Behandlung von Sterilität, deren Ursache und Folge einschließlich künstlicher Befruchtung sowie dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;

- i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - j) Impfungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt werden;
 - k) nicht medizinisch notwendige kosmetische Behandlungen und Operationen (z.B. Schönheitsoperationen);
 - l) Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen sowie für Krankentransporte, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen, die in Zusammenhang mit der Ausübung von Profisport stehen.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten:
- Namen der behandelten Person;
 - Bezeichnung aller Krankheiten;
 - Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung;
 - Daten der Behandlung.
- Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, 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.
- (5) Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Hauptversicherten Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
- (7) Ist ein Versichertenalausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

8. Aufrechnung

Eine Aufrechnung der Barmenia von Beitragsforderungen gegenüber dem Arbeitnehmer ist nicht zulässig. § 35 VVG wird abbedungen.

9. Unterrichtung der versicherten Personen

- (1) Der Versicherungsnehmer hat die Hauptversicherten über ihren Versicherungsschutz und die wesentlichen

Bestimmungen dieses Vertrages ausreichend zu unterrichten.

(2) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, sämtliche versicherten Personen unverzüglich zu benachrichtigen, falls der Vertrag – ganz oder teilweise – im Rahmen dieser Vereinbarung beendet ist und keine Versicherungsleistungen mehr gezahlt werden.

10. Ausscheiden aus der Gruppenversicherung

(1) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –

- a) mit der Beendigung des Aufenthaltes im Ausland, bzw. mit Rückkehr ins Heimatland;
- b) mit dem Fortfall der Voraussetzungen nach Ziffer 1;
- c) mit dem Tod der versicherten Person;
- d) nach einem Rücktransport/Rettungsflug oder Rückholung in das ursprüngliche Ausreiseland oder in ein Drittland (auf Wunsch der versicherten Person). Eine Reiseunterbrechung findet hier keine Anwendung;
- e) mit der Sitzverlegung des Versicherungsnehmers in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums ist;
- f) mit der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer;
- g) mit der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer.

Der Versicherungsnehmer wird den Versicherer unverzüglich über das Vorliegen der in a) bis e) genannten Beendigungsgründe informieren.

(2) Versicherte Personen, die vor einem ununterbrochenen Auslandsaufenthalt von mindestens drei Monaten ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hatten und im Anschluss hieran dorthin zurückkehren, können innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Versicherung innerhalb des Gruppenvertrages die Fortsetzung ihrer Versicherung als Einzelversicherung nach den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers beantragen. Bei Annahme des Antrages durch den Versicherer wird die im Gruppenversicherungsvertrag ununterbrochen zurückgelegte Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet, soweit es sich um Leistungen handelt, die auch Inhalt dieses Gruppenversicherungsvertrages waren, und die Einzelversicherung spätestens am Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats beginnt.

11. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

12. Vertragssprache / Anwendbares Recht

(1) Die Vertragsbestimmungen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit der Versicherung erfolgt in Deutsch. Sofern Unterlagen in englischer Sprache zur Verfügung gestellt werden, so ist dies als reine Serviceleistung des Versicherers zu verstehen, die keinerlei Auswirkung auf die vereinbarte Vertragssprache hat.

(2) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(3) Seitens des Versicherers kann nicht zugesichert werden, dass es sich bei dem Vertrag um eine substitutive Krankenversicherung im Sinne einer ggf. bestehenden lokalen Krankenversicherungspflicht handelt. Die Prüfung, ob diese Gruppenversicherung geeignet ist, eine solche zu ersetzen, obliegt nicht dem Versicherer. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, die Einhaltung aller in Betracht kommender Bestimmungen und Regelungen, die im Zusammenhang mit der Entsendung stehen, für alle im Versicherungsvertrag erfassten versicherten Personen sicherzustellen.

(4) In Bezug auf die in Deutschland bestehende Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 S. 1 VVG weist der Versicherer ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei der Gruppenversicherung nicht um eine substitutive Krankenversicherung im Sinne des § 146 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) handelt und diese daher nicht geeignet ist, die Versicherungspflicht zu erfüllen.

13. Änderung des Gruppenversicherungsvertrages

(1) Ist eine Bestimmung in diesem Vertrag durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem

Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

(2) Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

14. Erklärung zur Empfangsberechtigung der versicherten Person

Hiermit benennt der Versicherungsnehmer sämtliche in diesem Gruppenversicherungsvertrag jeweils versicherte Personen unwiderruflich als Empfangsberechtigte für die jeweiligen auf ihre Person bezogenen Versicherungsleistungen. Die Barmenia Krankenversicherung AG ist danach berechtigt, die besagten Versicherungsleistungen jeweils unmittelbar an die einzelne versicherte Person als Anspruchsinhaber oder an einen von dieser zum Empfang der Leistung ermächtigten Dritten auszusahlen. (Hinweis: Schuldbefreiende Leistungen an Dritte, z. B. Krankenhäuser, Ärzte etc., die Rechnungen zur Erstattung vorlegen und unmittelbar die Versicherungsleistung einziehen wollen, sind nur dann möglich, wenn uns von dem Dritten mit dem Erstattungsverlangen eine von der versicherten Person unterzeichnete schriftliche Einzugsermächtigung oder Abtretungserklärung vorgelegt wird.)

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.

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.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines

Krankenversicherungsunternehmens.

Historie

Folgende Änderungen wurden zum 15.10.2025 vorgenommen:

AVB DW-WP

2. An-, Abmeldung und Gesundheitsprüfung – alt:

- (1) Auf die namentliche Meldung der versicherten Personen wird verzichtet. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich stattdessen, jeweils bis zum 10. eines Monats die aktuelle Anzahl der versicherten Personen pauschal pro Abrechnungsnummer zu melden.
- (2) Die Meldung erfolgt per Liste mit folgenden Daten der versicherten Personen: Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Heimatland, Versicherungsbeginn.
- (3) Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate.
- (4) Änderungen der oben genannten Daten sind unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese während des Antragsprozesses einer Gesundheitsprüfung. Daher müssen die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet werden.

2. An-, Abmeldung und Gesundheitsprüfung – neu:

- (1) Die Anmeldung einer versicherten Person erfolgt über ein Anmeldeformular.
- (2) Für die Abmeldung einer versicherten Person ist die Textform zwingend erforderlich. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate.
- (3) Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese während des Antragsprozesses einer Gesundheitsprüfung. Daher müssen die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet werden.

4. Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten – alt:

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt...

...

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Wartezeiten und Selbstbehalt – neu:

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt...

...

- (5) Der gewählte Selbstbehalt wird auf die erstattungsfähigen Leistungen je Kalenderjahr angerechnet.

Beginnt der Versicherungsschutz im Laufe eines Kalenderjahres, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr anteilig berechnet. Dabei erfolgt die Berechnung auf volle Kalendermonate, beginnend mit dem Monat des Versicherungsbeginns.

Folgende Leistungen werden ohne Anrechnung eines Selbstbehalts und bis zur jeweils geltenden Höchstgrenze erstattet:

- 5. (v) – Schutzimpfungen
- 5. (w) – Vorsorgeuntersuchungen
- 5. (aa) – Erweiterte Schwangerschaftsvorsorgeleistungen
- 5. (dd) – 2 professionelle Zahnreinigungen pro Kalenderjahr

5. Umfang der Leistungspflicht – alt:

m) 100% stationäre Psychotherapie;

Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die in den ersten sechs Wochen entstehenden Aufwendungen je Versicherungsfall.

w) 100% für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten;

ad) 100 % für 2 professionelle Zahnreinigungen pro Versicherungsjahr;

ae) 50 % für Aufwendungen für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, einschließlich Vor- und Nachbehandlungen.

5. Umfang der Leistungspflicht – neu:

m) 100% stationäre Psychotherapie;

Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die in den ersten vier Wochen entstehenden Aufwendungen je Versicherungsfall.

w) 100% für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten;

Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung sind:
Laboruntersuchungen auf genetische Erkrankungen und Bestimmung von Tumormarkern, sowie auf diverse Infektionserkrankungen (u. a. AIDS, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis), sowie MRT, CT und weitere spezielle bildgebende Untersuchungen (siehe Anlage "Rund um die Vorsorge")

ad) 100 % für 2 professionelle Zahnreinigungen pro Kalenderjahr;

ee) 70 % für Aufwendungen für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, einschließlich Vor- und Nachbehandlungen.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Betrag von insgesamt 7.500,00 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

8. Aufrechnung – alt:

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

8. Aufrechnung – neu:

Eine Aufrechnung der Barmenia von Beitragsforderungen gegenüber dem Arbeitnehmer ist nicht zulässig. § 35 VVG wird abbedungen.

10. Ausscheiden aus der Gruppenversicherung – alt:

(1) Der Versicherungsschutz...

...

d) nach einem Rücktransport in das Heimatland;

...

10. Ausscheiden aus der Gruppenversicherung – neu:

(1) Der Versicherungsschutz...

...

d) nach einem Rücktransport/Rettungsflug oder Rückholung in das ursprüngliche Ausreiseland oder in ein Drittland (auf Wunsch der versicherten Person). Eine Reiseunterbrechung findet hier keine Anwendung;

...

Gesetzesauszüge

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)

§ 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und

2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Abs. 1 S. 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das Bundesministerium der Justiz aufgrund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,

2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,

[...]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme, Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden

vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die 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.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 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 in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) 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 Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerrhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

(1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.

(2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.

(3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

(4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSAUFSICHTSGESETZ (VAG)

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwenderstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

AUSZUG AUS DEM STRAFGESETZBUCH (STGB)

§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

AUSZUG AUS DEM BÜRGERLICHEN GESETZBUCH (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

Datenschutzhinweise der DR-WALTER GmbH

a) Die Datenschutzgrundsätze der DR-WALTER GmbH (nachfolgend DR-WALTER genannt)

Der Schutz der Privatsphäre und die Sicherheit Ihrer personenbezogenen Daten sind für uns wichtige Anliegen. Wir garantieren Ihnen, dass Ihre Daten von uns streng vertraulich behandelt werden. Nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung können Versicherungen heute ihre Aufgaben erfüllen. Unsere EDV entspricht dem aktuellen Stand der Technik und so können wir sicherstellen, dass Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abgewickelt werden.

Unser Verhalten und unsere Programme stehen im Einklang mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie weiterer bereichsspezifischer Vorschriften des Datenschutzes im Internet. Unsere Datenschutzbeauftragte trägt dafür Sorge, dass unsere Datenschutz-Grundsätze und entsprechende Vorschriften eingehalten werden.

Weitere Informationen finden Sie unter www.dr-walter.com/datenschutz.

b) Informationen zur Verwendung Ihrer Daten bei DR-WALTER

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Anträge und Verträge zu bearbeiten, zur Abwicklung von Schadensfällen sowie zur individuellen Beratung und Betreuung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten ist gesetzlich geregelt. Wir haben Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten aufgestellt, die sich an den Verhaltensregeln des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) orientieren. Datenschutzrechtliche Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie weitere maßgebliche Gesetze fließen ebenso in unsere Verhaltensregeln ein wie weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes. Informieren Sie sich unter www.dr-walter.com/datenschutz/personenbezogene-daten über unsere Verhaltensregeln für den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten.

DR-WALTER arbeitet mit verschiedenen Dienstleistern unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten zusammen. Sie können sich unter www.dr-walter.com/datenschutz/dienstleisterliste einen Überblick verschaffen, mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten.

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne einen Ausdruck der Dienstleister sowie der Verhaltensregeln zu. Bitte wenden Sie sich an:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49 2247 9194-0
F +49 2247 9194-40

c) Verantwortliche Stelle

Die DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, erhebt Ihre personenbezogenen Daten (verantwortliche Stelle).

d) Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten. Ferner haben Sie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und auf Löschung bzw. Sperrung unzulässiger und nicht mehr erforderlicher bzw. Berichtigung unrichtiger Daten.

Diese Rechte können Sie unter o. g. Anschrift direkt gegenüber DR-WALTER geltend machen. Falls Sie weitere Fragen zum Datenschutz haben, können Sie sich direkt an die Datenschutzbeauftragte bei DR-WALTER, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 2247 9194-0 wenden.

Datenschutzhinweise der Barmenia Krankenversicherung AG

Hinweise zum Datenschutz für Interessenten und Kunden

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das für die Datenerhebung verantwortliche Barmenia-Unternehmen und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Je nachdem, ob der von Ihnen angestrebte oder unterhaltene Versicherungsschutz und/oder Kredit von der Barmenia Versicherungen a. G., der Barmenia Krankenversicherung AG, der Barmenia Lebensversicherung a. G. oder der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG zur Verfügung gestellt wird, ist das jeweilige, den konkreten Versicherungsschutz bietende Versicherungsunternehmen die für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle. Die Namen und Kontaktdaten der Barmenia-Unternehmen lauten wie folgt:

Barmenia Versicherungen a. G.
Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00
E-Mail: info@barmenia.de

Den gemeinsamen Datenschutzbeauftragten der vorgenannten Unternehmen erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@barmenia.de

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ („Code of Conduct“) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter datenschutz.barmenia.de abrufen.

Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns. Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem Unternehmen der Barmenia bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche Zwecke und zur Erfüllung des mit Ihnen zu schließenden bzw. geschlossenen Vertrages ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Soweit zum Vertragsabschluss und dessen Durchführung besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) erforderlich sind, benötigen wir Ihre Einwilligung. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT- Betriebs sowie Durchführung von IT-Tests
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Barmenia-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Prüfung Ihrer Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft
- zur Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur

Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir ggf. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellen wir Ihnen unter datenschutz.barmenia.de zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vertreiber/Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vertreiber/Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vertreiber/Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten, sofern sie ihm unmittelbar von Ihnen oder einem Dritten mitgeteilt worden sind, an den Sie betreuenden Vertreiber/Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Die Versicherungsunternehmen der Barmenia Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Service, zu Abrechnungszwecken oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in einem gemeinsamen Programm für alle Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Antrag/Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter datenschutz.barmenia.de entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Finanzbehörden oder Sozialversicherungsträger).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche von uns oder gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrecht

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu

widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunftsteilen Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Hierzu übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse, ggf. Geburtsdatum) an die Auskunftsteil. Detaillierte Informationen zu Auskunftsteilen finden Sie unter datenschutz.barmenia.de.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG nutzt ggf. bei der Kfz-Schadenbearbeitung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Detaillierte Informationen zu HIS finden Sie unter datenschutz.barmenia.de.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer und anderen Stellen

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten z. B. mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer oder den mitgeteilten behandelnden Ärzten sowie mit Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. erfolgen. Sofern wir bei unseren Anfragen, z. B. an den Vorversicherer, besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) übermitteln und von uns solche besonderen Daten erhoben werden, holen wir im Einzelfall zuvor Ihre Einwilligung ein.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Im Rahmen der Leistungsabrechnung von Krankenversicherungen entscheiden wir aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln. Hierbei berücksichtigen wir beispielsweise die jeweilige Einstufung der abzurechnenden Medikamente bzw. Heilbehandlungen.

Dienstleisterliste

Von der DR-WALTER GmbH beauftragte Dienstleister

gemäß „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz)

Zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und Ihrer Privatsphäre hat die deutsche Versicherungswirtschaft Verhaltensregeln aufgestellt. Wir folgen den Verhaltensregeln / dem Code of Conduct und möchten Ihnen einen Überblick geben, mit welchen beteiligten Stellen (Unternehmen und Personen) wir im Rahmen der Auftragsverarbeitung und der Funktionsübertragung zusammenarbeiten. Die Liste umfasst auch Dienstleister, mit denen wir unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten zusammenarbeiten. Zudem arbeiten wir auch mit Dienstleistern zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen.

Versicherungsgesellschaften und Rückversicherer	
Übertragene Aufgaben: Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, Prüfung einer Leistungspflicht)	Beteiligte Stellen / Organisationen: jeweils die in der Versicherungsbestätigung genannten Versicherer • Generali Deutschland Krankenversicherung AG, • Dialog Versicherung AG, • Würzburger Versicherungs-AG, • HanseMerkur Reiseversicherung AG, • ERGO Reiseversicherung AG, • ERGO Versicherung AG, • Allianz Partners – AWP Health & Life SA, • Inter Krankenversicherung AG, • Hiscox SA, • Barmenia Krankenversicherung AG, • Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, • Techniker Krankenkasse, • BDAE Holding GmbH, • Foyer Santé S.A., • Globality S.A., • BD24 Berlin Direkt Versicherung AG, • Hallesche Krankenversicherung a. G.
Assistance-Gesellschaften	
Übertragene Aufgaben: Assistance-Leistungen	Beteiligte Stellen / Organisationen: • MD Medicus Assistance Service GmbH, • GMMI, Inc., • Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland, • International SOS B.V., • International SOS GmbH, • Global Excel Management Inc., • Air Doctor Ltd.
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Sachverständige, Gutachter, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	
Übertragene Aufgaben: Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen, Gutachten und Sachverständigengutachten zu medizinischen Fragen	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Banken	
Übertragene Aufgaben: Prämienzahlungen, Zahlungen bei Schaden- und Leistungsfällen	Beteiligte Stellen / Organisationen: • Postbank Köln – eine Niederlassung der DB Privat- und Firmenkundenbank AG, • Kreissparkasse Köln, Mündelsichere Anstalt des öffentlichen Rechts, • Revolut Bank UAB
Rechtsanwälte	

Übertragene Aufgaben: Juristische Beratung, Inkassomanagement, Vertretung vor Gericht	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung	Beteiligte Stellen / Organisationen: • TÜV NORD CERT GmbH, • eKomi Holding GmbH
Beratungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Unterstützung und Beratung u. a. in Leistungs- und Abrechnungsfragen (In- und Ausland), zur Betrugserkennung, zu Gesundheitsprogrammen; IT-Dienstleistungen	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
IT- und Telekommunikationsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Dienstleister für IT-, Netzwerk- und Telefonieanwendungen	Beteiligte Stellen / Organisationen: • AssFINET AG, • Trevedi IT-Consulting GmbH, • IBExpert GmbH, • NETGO GmbH, • DATEV eG, • i42 Informationsmanagement GmbH, • enthus GmbH, • Telekom Deutschland GmbH, • mySolution Software & Consulting GmbH, • Pipedrive OÜ, • D.F.H.E. ADVISORS, • Calypso Verlag GmbH, • VAARHAFT GmbH
Online-Support	
Übertragene Aufgaben: Dienstleister für Webhosting, Internet-Portale, Online-Abschlüsse, E-Mail-Marketing und Live-Chat	Beteiligte Stellen / Organisationen: • Host Europe GmbH, • 1&1 Internet AG, • JMC Technologieberatung GmbH, • united-domains AG, • STRATO AG, • ALL-INKL.COM, • COREER GmbH, • Einmahl WebSolution GmbH, • emarsys eMarketing Systems GmbH, • Sistrix GmbH, • KCS Internetlösungen Kröger GmbH, • Userlike UG, • aveta David Cürten, • consentmanager GmbH, • SIX Payment Services (Europe) S.A., • OMQ GmbH, • Flixcheck GmbH, • igroup Internetagentur GmbH & Co. KG
Wirtschaftsauskunfteien, Adressermittler	
Übertragene Aufgaben: Einholung von Auskünften bei Antragstellung und Forderungsmanagement	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Entsorgungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Datenträger- und Aktenentsorger, Aktenvernichtung	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung

15.10.2025

Bei Bedarf senden wir Ihnen gerne die Kontaktdaten der Dienstleister zu.

© **DR-WALTER GmbH**, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 2247 9194 -0, www.dr-walter.com,
info@dr-walter.com