



## Versicherungsbedingungen für die Auslandsrankenversicherung

In der Fassung AKV 10-09 Stand: Oktober 2009

### A ) Allgemeiner Teil der Versicherungsbedingungen für die Auslandsrankenversicherung

1. Vorbemerkung
2. Private und gesetzliche Krankenversicherung
3. Versicherungsnehmer und versicherte Person
4. Anzeigepflichten vor Abgabe der Vertragserklärung und mögliche Rechtsfolgen
5. Vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles und mögliche Rechtsfolgen
6. Anzeigen und Willenserklärungen
7. Laufzeit und Kündigung des Vertrags
8. Jahresbeitrag
9. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes
10. Besonderheiten beim Lastschriftverfahren
11. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Entschädigungsleistung
12. Selbstbeteiligung
13. Datenverarbeitung
14. Verjährung
15. Gerichtsstand
16. Anzuwendendes Recht

#### 1. Vorbemerkung

- 1.1. Diese Versicherungsbedingungen der DFV Deutsche Familienversicherung AG konkretisieren den abgeschlossenen Versicherungsvertrag über eine Auslandsrankenversicherung in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt. Daneben kommen sonstige Vorschriften, insbesondere des Zivilrechts, wie das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) oder das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), in den jeweils gültigen Fassungen zur Anwendung.
- 1.2. Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die DFV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.
- 1.3. Die Nummern in diesen Versicherungsbedingungen beziehen sich, soweit nichts anderes angegeben ist, auf den jeweiligen Abschnitt dieses Bedingungswerkes.

#### 2. Private und gesetzliche Krankenversicherung

- 2.1. Diese Auslandsrankenversicherung ist eine private Krankenzusatzversicherung. Sie dient nicht dazu, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen (nicht substitutive Krankenversicherung).
- 2.2. Versicherungsfähig und versicherbar sind daher nur Personen, die bei einer deutschen GKV versichert sind. Ein Leistungsanspruch aus unserer Auslandsrankenversicherung wird aber von uns separat und unabhängig von einem Anspruch auf Leistung aus der GKV geprüft. Allein ein Leistungsanspruch oder eine Leistung der GKV begründen daher noch keinen Leistungsanspruch aus unserer Auslandsrankenversicherung.
- 2.3. Nimmt die versicherte Person am so genannten Kostenerstattungs-

verfahren teil, legen wir bei der Berechnung unserer Leistung nur den erstattungsfähigen gesetzlichen Kassenanteil zugrunde. Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der behandelnde Arzt eine Kassenzulassung hat.

#### 3. Versicherungsnehmer und versicherte Person

- 3.1. Sie als Versicherungsnehmer sind versicherte Person, soweit Sie die Auslandsrankenversicherung nicht ausdrücklich für eine andere versicherte Person abgeschlossen haben und dies auch so im Versicherungsschein dokumentiert ist.
- 3.2. Sie als Versicherungsnehmer und versicherte Person können weitere Personen mitversichern. Die weiteren mitversicherten Personen müssen im Versicherungsschein dokumentiert sein.
- 3.3. Sind mehrere versicherte Personen in einem Versicherungsvertrag versichert, so sind wir berechtigt, gegenüber jeder versicherten Person die Leistung zu erbringen, unabhängig davon, ob er im Besitz des Versicherungsscheins ist oder nicht.
- 3.4. Wird eine Auslandsrankenversicherung für eine versicherte Person mehrmals abgeschlossen, besteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung insgesamt nur einmal.
- 3.5. Besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer zurechnen lassen.

#### 4. Anzeigepflichten vor Abgabe der Vertragserklärung und mögliche Rechtsfolgen

- 4.1. Sie haben uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gleiches gilt für Fragen zu den Gefahrumständen, die wir nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme gestellt haben. Als Gefahrumstände gelten auch Auskünfte über den Gesundheitszustand der versicherten Person.
- 4.2. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen hätten. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag den geänderten Bedingungen anzupassen.
- 4.3. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt eines Versicherungsfalles, bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wir sind allerdings von der Leistung frei, wenn Sie arglistig gehandelt haben.
- 4.4. Können wir aufgrund der vorstehenden Regelungen nicht vom Vertrag zurücktreten, sind wir berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, es sei denn, wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen

Bedingungen – geschlossen. Auch in diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag den geänderten Bedingungen anzupassen.

4.5. Die vorstehende Regelung gemäß Nr. 4.4. gilt nicht, wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben.

**5. Vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalls und mögliche Rechtsfolgen**

5.1. Nach diesen Versicherungsbedingungen haben Sie uns gegenüber bestimmte, vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten gelten die nachstehenden Rechtsfolgen.

5.2. Bei Verletzung einer der vertraglichen Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls uns gegenüber zu erfüllen haben, können wir den Vertrag binnen eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, fristlos kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

5.3. Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalls erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede weitere Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist.

5.4. Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalls nach Möglichkeit für die Abwendung oder Minderung des Schadens zu sorgen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.

5.5. Verletzen Sie eine der vertraglichen Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen.

5.6. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

5.7. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligenheiten hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

**6. Anzeigen und Willenserklärungen**

Für uns bestimmte Anzeigen und Erklärungen haben in Textform an uns zu erfolgen. Wir verzichten nachträglich auf dieses Erfordernis, wenn wir Ihre mündliche Erklärung Ihnen gegenüber in Textform bestätigen.

**7. Laufzeit und Kündigung des Vertrags**

7.1. Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag oder Sie unser Angebot annehmen. Der Vertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen und er endet nach Ablauf des Jahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Auf die Regelung in Abschnitt B Nr. 3.6. wird verwiesen.

7.2. Die Laufzeit des Vertrags beginnt unabhängig vom Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Nr. 9 zum vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt.

7.3. Nach jedem Leistungsfall können Sie oder wir den Versicherungsvertrag ohne Angaben von Gründen innerhalb einer Frist von einem Monat nach Abschluss der Verhandlungen über die Versicherungsleistung kündigen. Unsere Kündigung wird einen Monat nach dem Zugang wirksam. Die Frist Ihrer Kündigung können Sie frei bestimmen, also mit sofortiger Wirkung oder aber zu einem späteren Zeitpunkt. Bei einer Wirksamkeit vor Ablauf des vereinbarten Versicherungsjahres erstatten wir den Versicherungsbeitrag zeitanteilig zurück, soweit dieser vollständig geleistet war und nicht weniger als einen Euro beträgt.

**8. Jahresbeitrag**

8.1. Der Jahresbeitrag wird mit Abschluss des Versicherungsvertrags, spätestens zum vereinbarten Beginn der Laufzeit des Vertrags fällig. Er ist in einer Summe im Voraus zu begleichen.

8.2. Die Beiträge sind nach Altersgruppen gestaffelt, die Sie der Beitragsübersicht entnehmen können, die Anlage zu diesen Bedingungen ist. Maßgeblich ist das Eintrittsalter der versicherten Person. Wechselt die Zugehörigkeit einer versicherten Person zu einer Altersgruppe während des laufenden Versicherungsjahres, so verzichten wir auf eine Nachberechnung des Beitrags.

**9. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes**

9.1. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt) und endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Wiedereinreise, vorausgesetzt die Zahlung des vollständigen Jahresbeitrags ist bei Fälligkeit erfolgt.

9.2. Zahlen Sie den Jahresbeitrag zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten. Auf die Regelung in Abschnitt B Nr. 3.6. wird verwiesen.

9.3. Der Jahresbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag bei uns eingegangen ist oder von Ihrem Konto eingezogen werden konnte und Sie dem Zahlungseingang oder der Einziehung nicht widersprechen.

**10. Besonderheiten beim Lastschrift- und Online-Bezahlverfahren**

10.1. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass unsere vereinbarte Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie Ihre Bank über die uns erteilte Einzugsermächtigung informieren und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.

10.2. Bei Nutzung eines Online-Bezahlverfahrens haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass die Zahlung des fälligen Beitrags über den Anbieter des Online-Bezahlverfahrens oder im Wege der Direktüberweisung ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie der Gutschrift des Jahresbeitrags auf unserem Konto nicht widersprechen und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.

**11. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Versicherungsleistung**

11.1. Wir regulieren jeden Versicherungsfall innerhalb von 48 Stunden. Voraussetzung ist, dass uns alle zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Informationen und Unterlagen vorliegen. Hierzu zählen auch sämtliche Belege (z. B. Arztrechnungen, Material- und Laborkostenrechnungen, Heil- und Kostenplan etc.) mit Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit dies Leistungsvoraussetzung ist. Die Unterlagen müssen auf die versicherte Person ausgestellt sein sowie die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen beinhalten.

11.2. Unsere Selbstverpflichtung zur Schadenregulierung innerhalb von 48 Stunden können wir darüber hinaus nur einhalten, wenn wir uns uneingeschränkt unserer Regulierungs- und Bearbeitungsinfrastruktur auch im Sinne von Nr. 13. bedienen können. Sollten Sie dem ganz oder teilweise widersprechen, kann es zu einer Verzögerung bei der Schadenregulierung kommen.

11.3. Wir können die Zahlung aufschieben, solange Zweifel an Ihrer Empfangsberechtigung bestehen oder ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen Sie oder Ihren Repräsentanten aus Anlass dieses Versicherungsfalls läuft.

- 11.4. Eine Versicherungsleistung kann nur von Ihnen als Versicherungsnehmer verlangt werden. Haben Sie uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann die Versicherungsleistung nur von dieser verlangt werden.
- 11.5. Haben Sie oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Soweit Sie oder die versicherte Person von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten haben, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 12. Selbstbeteiligung**
- 12.1. Eine Versicherungsleistung wird je Versicherungsfall um die vereinbarte Selbstbeteiligung gekürzt. Dies gilt nicht für Schadenabwendungs- oder Schadenminderungskosten, die auf Weisung des Versicherers angefallen sind. Schäden unterhalb der Selbstbeteiligung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Auf die Regelung in Abschnitt B Nr. 5. wird ergänzend verwiesen.
- 12.2. Soweit die vereinbarte Höchstleistung dieser Auslandskrankenversicherung nicht 100 % der tatsächlich anfallenden Gesamtkosten deckt, haben Sie auch die über die vereinbarte Höchstleistung hinaus gehenden tatsächlichen Kosten selbst zu tragen.
- 13. Datenverarbeitung**
- 13.1. Wir richten uns bei der Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das die Datenverarbeitung und -nutzung erlaubt, soweit dies im Rahmen der Zweckbestimmungen des Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen auf unserer Seite erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.
- 13.2. Wir speichern und verarbeiten die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen Daten. Das sind Ihre Angaben bei Vertragsschluss (Antragsdaten), versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, -summe, -dauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum Schadensfall (Leistungsdaten).
- 13.3. Um Ihnen einen umfassenden und kostengünstigen Versicherungsschutz bieten zu können, haben wir das Erbringen bestimmter Versicherungsdienstleistungen (z. B. Betrieb, Vertrieb oder Schadenbearbeitung) auf zwar rechtlich selbstständige, aber zum DFV-Verbund gehörende Unternehmen und Servicegesellschaften verteilt. Aus diesem Grund werden Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten bei uns zentral gespeichert und den zum DFV-Verbund gehörenden Unternehmen und Servicegesellschaften zur Erbringung der genannten Versicherungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt.
- 13.4. Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten unserem Rückversicherer zur Verfügung zu stellen, soweit dies von diesem zur Risikobeurteilung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.
- 13.5. Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir durch entsprechende Datenschutzabkommen sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsvertrags und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.
- 13.6. Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns gerichteten Schreiben mit einem anerkannten und zertifizierten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Einscannen und Speichern vernichten.
- 14. Verjährung**
- 14.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
- 14.2. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.
- 15. Gerichtsstand**
- 15.1. Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben.
- 15.2. Klagen gegen Sie sind bei dem für Ihren inländischen Wohnsitz zuständigen Gericht zu erheben.
- 15.3. Haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder ist er im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, so gilt auch für Klagen gegen Sie das für unseren Sitz zuständige Gericht als örtlich zuständig.
- 16. Anzuwendendes Recht**
- Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zugrunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- B ) Besonderer Teil der Versicherungsbedingungen für die Auslandskrankenversicherung**
1. Gegenstand der Versicherung
  2. Erstattungsfähige Aufwendungen
  3. Geltungsbereich und Versicherungsschutz
  4. Ausschluss der Leistungspflicht
  5. Selbstbeteiligung
  6. Obliegenheiten
- 1. Gegenstand der Versicherung**
- 1.1. Wir leisten im Rahmen dieser Auslandskrankenversicherung Ersatz für die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, eines Krankenhausaufenthaltes und der Arzneimittel der versicherten Person wegen im Ausland eingetretener Krankheit oder Unfallfolgen sowie Ersatz der Kosten für zahnärztliche Notfallversorgung im Ausland, soweit die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.
- 1.2. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir sind jedoch in diesen Fällen berechtigt, unsere Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- 2. Erstattungsfähige Aufwendungen**
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für
- 2.1. Leistungen der Ärzte für ambulante Behandlungen, wobei der versicherten Person die Wahl unter den Ärzten frei steht, die nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind;
  - 2.2. Arznei- und Verbandsmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden, nicht jedoch, auch wenn sie ärztlich verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten, für Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
  - 2.3. ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt 150 € je Versicherungsfall: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen;
  - 2.4. medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;
  - 2.5. Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistungen in einem Krankenhaus, das im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, soweit es erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, wobei ein am Aufenthaltsort befindliches bzw. das nächst erreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen ist;
  - 2.6. den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung in das nächst erreichbare, medizinisch geeignete Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall; nicht erstattet werden die Kosten für Taxifahrten sowie die Rückfahrten vom Krankenhaus;
  - 2.7. den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung mit einem Hubschrauber bis zu einem Betrag von 2.500 € je Versicherungsfall; liegt ein Verdacht auf eine lebensgefährliche Erkrankung oder Verletzung vor oder ist eine schwerwiegende Schädigung der Gesundheit (z. B. Lähmung) zu befürchten, leisten wir auch über diesen Betrag hinaus;
  - 2.8. schmerzstillende Zahnbehandlungen und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) bis zu insgesamt 300 € je Versicherungsfall,
  - 2.9. einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland und für eine Begleitperson, sofern diese Begleitperson ebenfalls im Rahmen dieser Versicherung als versicherte Person bei uns versichert ist, wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht und im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist,
  - 2.10. und, falls die versicherte Person im Ausland stirbt, die Kosten der Überführung des Leichnams an den Wohnsitz bis zu einem Höchstbeitrag, der den zweifachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort bis zu diesem Höchstbetrag.
- 3. Geltungsbereich und Versicherungsschutz**
- 3.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.
  - 3.2. Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Die Bundesrepublik Deutschland gilt somit nicht als Ausland.
- 3.3. Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.
  - 3.4. Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt) und endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Wiedereinreise. Für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses noch andauern, gewähren wir bei nachgewiesener Transportfähigkeit die Versicherungsleistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.
  - 3.5. Auslandsreise in diesem Sinne ist nur der vorübergehende Aufenthalt der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus geschäftlichen Gründen oder zum Zwecke des Urlaubs, nicht jedoch der längerfristige Aufenthalt im Ausland durch Bewohnen eines festen oder ständigen zweiten Wohnsitzes oder durch Aufnahme einer dauerhaften Beschäftigung oder Anstellung am ausländischen Aufenthaltsort, selbst wenn die versicherte Person den längerfristigen Aufenthalt innerhalb von 42 Tagen durch Ein- und Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland vorübergehend unterbricht.
  - 3.6. Ist der Vertrag während der Auslandsreise abgeschlossen worden oder wurde der Jahresbeitrag während der Auslandsreise bezahlt, so besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.
  - 3.7. Soweit von Ihnen ausdrücklich gewünscht und mit Ihnen vereinbart, besteht der bedingungsgemäße Versicherungsschutz auch für eine während der laufenden Widerrufsfrist angetretene Auslandsreise. Nr. 3.6. dieser Bedingungen bleibt unberührt. Endet die Reise vor Ablauf der Widerrufsfrist, gilt der Versicherungsvertrag als vollständig erfüllt. Der Widerruf Ihrer Vertragserklärung ist in diesem Fall ausgeschlossen.
  - 3.8. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
  - 3.9. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- 4. Ausschluss der Leistungspflicht**
- Kein Versicherungsschutz besteht für
- 4.1. bereits vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle;
  - 4.2. Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
  - 4.3. Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen, es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
  - 4.4. Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen;
  - 4.5. Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen

einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten sind jedoch versichert;

- 4.6. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;  
4.7. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;  
4.8. eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;  
4.9. Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; jedoch werden in diesen Fällen nachgewiesene Sachkosten nach diesen Bedingungen erstattet;  
4.10. auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen.

#### Anlage Beitragsübersicht

Alter	Jahresbeitrag inkl. Versicherungsteuer	Selbstbeteiligung	
		Alter	Selbstbeteiligung
0 – 60 Jahre	7,20 €	0 – 60 Jahre	0,00 €
61 – 65 Jahre	18,00 €	61 – 65 Jahre	360,00 €
65 – 70 Jahre	27,00 €	65 – 70 Jahre	540,00 €
ab 70 Jahre	36,00 €	ab 70 Jahre	720,00 €

#### 5. Selbstbeteiligung

- 5.1. Für versicherte Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr gilt je Versicherungsfall die vereinbarte Selbstbeteiligung. Auf die Regelung in Abschnitt A Nr. 12. wird verwiesen.  
5.2. Die Höhe der Selbstbeteiligung ist nach Altersgruppen gestaffelt. Die geltenden Altersgruppen und die Höhe der Selbstbeteiligung können Sie der jeweils gültigen Beitragsübersicht entnehmen, die Anlage zu diesen Bedingungen ist.

#### 6. Obliegenheiten

- 6.1. Im Versicherungsfall haben Sie uns sämtliche Belege (z. B. Arztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung) im Original einzureichen. Diese müssen auf den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten, versicherten Person tragen. Die Krankheitsbezeichnungen, Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Die Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sowie Rezepte über Arznei- und Verbandsmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Für die Zahlung eines Krankenhaustagegelds muss eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorgelegt werden, die den Vor- und Zunamen der behandelten, versicherten Person, die Krankheitsbezeichnung, das Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungen enthält. Für die Erstattung von Rücktransportkosten ist neben Belegen für die Kosten des Rücktransports eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports vorzulegen. Ein Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch Kostenbelege, die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung der Todesursache zu begründen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.  
6.2. Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.  
6.3. Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.  
6.4. Auf unser Verlangen haben Sie uns die Planung und Buchung sowie den tatsächlichen Beginn und das Ende einer jeden Auslandsreise nachzuweisen.  
6.5. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten gilt Abschnitt A Nr. 5. entsprechend.