

Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung Ausland (RKEXP)

In der Krankenversicherung Ausland (RKEXP) bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

- Wenn mit uns für die →versicherte Person weltweiter Versicherungsschutz ohne die Vereinigten Staaten von Amerika (englisch: USA) vereinbart worden ist, trägt der Tarif die Bezeichnung „Krankenversicherung Ausland ohne USA“ (Kurzbezeichnung: RKEXPS).
- Wenn mit uns für die versicherte Person weltweiter Versicherungsschutz einschließlich der Vereinigten Staaten von Amerika (englisch: USA) vereinbart worden ist, trägt der Tarif die Bezeichnung „Krankenversicherung Ausland“ (Kurzbezeichnung: RKEXPU).

Die Beiträge für diese Tarife enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

Teil A - Leistungen

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem „→“ markiert.

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

Beispiel: „→Schriftform“

	Seite
1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall.....	2
2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang.....	3
2.1 Versicherte Leistungen bei langfristigen Auslandsaufenthalten.....	3
2.2 Versicherte Leistungen bei einem vorübergehenden Deutschlandaufenthalt.....	5
3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen.....	9
4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.....	10
5. Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten.....	10
6. Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger.....	10

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

	Seite
1. Vorvertragliche Anzeigepflicht.....	11
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung.....	11
3. Obliegenheiten.....	12
4. Informationspflichten bei Rückkehr nach Deutschland.....	12
5. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns.....	13

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelung für die Anpassung von Beitrag und vereinbartem Risikozuschlag sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes.....	14
2. Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag.....	14
3. Anteilige Beitragszahlung.....	14
4. Ihr Recht zur Kindernachversicherung.....	14
5. Versicherung für fremde Rechnung.....	15
6. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes.....	15
7. Fortsetzung des Vertrags.....	16
8. Deutsches Recht.....	16
9. Zuständiges Gericht.....	16
10. Verjährung.....	16
11. Aufrechnung.....	16
12. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte.....	16

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
- 1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
- 1.3 Wann muss der Tarif abgeschlossen werden und welche Voraussetzungen muss die zu versichernde Person zu diesem Zeitpunkt erfüllen?
- 1.4 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
- 1.5 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
- 1.6 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 1.7 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorge-Untersuchungen) sowie
- Tod.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung Ausland (RKEXP),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

1.3 Wann muss der Tarif abgeschlossen werden und welche Voraussetzungen muss die zu versichernde Person zu diesem Zeitpunkt erfüllen?

Der Tarif muss abgeschlossen werden, bevor die →versicherte Person ihren langfristigen Auslandsaufenthalt (siehe Ziffer 1.4 Absatz 1) beginnt. Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt und die noch nicht 65 Jahre alt sind.

1.4 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz bei langfristigen Auslandsaufenthalten

a) Umfang

Versicherungsschutz besteht für einen Aufenthalt der →versicherten Person von mindestens 12 Monaten außerhalb von Deutschland (langfristiger Auslandsaufenthalt).

Sie können die Krankenversicherung Ausland (RKEXP) wie folgt mit oder ohne Versicherungsschutz für die Vereinigten Staaten von Amerika (englisch: USA) abschließen:

aa) Weltweiter Versicherungsschutz ohne USA (Kurzbezeichnung: RKEXPS)

Der Versicherungsschutz umfasst langfristige Auslandsaufenthalte im europäischen und außereuropäischen Ausland mit Ausnahme der Vereinigten Staaten von Amerika (englisch: USA). Der Tarif trägt die Bezeichnung Krankenversicherung Ausland ohne USA (Kurzbezeichnung: RKEXPS).

bb) Weltweiter Versicherungsschutz einschließlich USA (Kurzbezeichnung: RKEXPU)

Der Versicherungsschutz umfasst langfristige Auslandsaufenthalte im europäischen und außereuropäischen Ausland einschließlich der Vereinigten Staaten von Amerika (englisch: USA). Dafür müssen Sie einen höheren Beitrag zahlen. Der Tarif trägt die Bezeichnung Krankenversicherung Ausland (Kurzbezeichnung: RKEXPU).

b) Nachweispflicht

Wir können verlangen, dass Sie uns Nachweise zum langfristigen Auslandsaufenthalt der →versicherten Person vorlegen. Hierzu zählen insbesondere:

- Visum, Melde- oder Aufenthaltsbescheinigung für das Aufenthaltsland,
- Nachweis über eine Unterkunft im Ausland (zum Beispiel Mietvertrag, Hotelrechnung),
- Vertragsunterlagen, aus denen sich eine berufliche Tätigkeit der versicherten Person im Ausland ergibt, oder
- Reiseunterlagen (zum Beispiel Flug-, Zug-, Schiffsticket).

(2) Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Deutschlandaufenthalt

Versicherungsschutz besteht auch für einen vorübergehenden Deutschlandaufenthalt. Ein vorübergehender Deutschlandaufenthalt im vertraglichen Sinne liegt vor, wenn sich die →versicherte Person bis zu längstens 3 Monate in Deutschland aufhält. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen bei ambulanter, stationärer oder zahnärztlicher Heilbehandlung, deren Leistungen die versicherte Person nach Ablauf der 3-Monats-Frist in Deutschland in Anspruch nimmt.

Wenn die versicherte Person während der 3-Monats-Frist Deutschland verlässt und nach weniger als 7 ununterbrochenen Tagen nach Deutschland zurückkehrt, beginnt keine neue 3-Monats-Frist.

1.5 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Für den Tarif gelten Wartezeiten nur für den Versicherungsschutz bei einer Entbindung, bei Zahnersatz und bei kieferorthopädischen Leistungen. Daneben gelten keine weiteren Wartezeiten. Im Einzelnen gilt:

(1) Wartezeit für eine Entbindung

Die Wartezeit für eine Entbindung beträgt 8 Monate.

(2) Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen

Die Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen betragen jeweils 6 Monate.

(3) Beginn der Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

1.6 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Auf-

wendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

1.7 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.1 Versicherte Leistungen bei langfristigen Auslandsaufenthalten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
- 2.1.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.1.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?
- 2.1.4 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
- 2.1.5 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
- 2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Behandlung?
- 2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten oder stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?
- 2.1.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?
- 2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?
- 2.1.10 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Für einen langfristigen Auslandsaufenthalt der →versicherten Person (siehe Ziffer 1.4 Absatz 1) bieten wir folgenden Versicherungsschutz:

2.1.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, muss die →versicherte Person das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus, das

- im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist,
- unter ständiger ärztlicher Leitung steht,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und
- Krankengeschichten führt, in Anspruch nehmen.

2.1.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der An-

wendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.1.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen (Grundsatz)

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von Psychotherapie (siehe dazu Absatz 2) - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für ärztliche Leistungen.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen, Heimdialysen, Wegegelder und Reiseentschädigungen.

Aufwendungen für Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes ersetzen wir nur, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt vorhanden ist.

(2) Besonderheiten bei Aufwendungen für Psychotherapie

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für ärztliche Leistungen.

b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Psychotherapie ist auf höchstens 20 Sitzungen pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für Psychotherapie in Deutschland nach Ziffer 2.2.4 Absatz 2, die die versicherte Person im selben Versicherungsjahr bezieht, zählen auch zu dieser Höchstgrenze, so dass unsere Leistungspflicht insgesamt auf 20 Sitzungen pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Sitzungen überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für gezielte Vorsorge-Untersuchungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für ambulante ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorge-Untersuchungen).

2.1.4 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.1.3 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- Inhalationen,
- Krankengymnastik am Gerät,
- Massagen,
- Packungen,
- Bestrahlungen und
- andere Anwendungen des elektrischen Stroms, wenn sie von einem Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in Ziffer 2.1.1 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und

- Hilfsmittel, deren in der Rechnung genannter Bruttoverkaufspreis für das einzelne Hilfsmittel nicht mehr als 250 Euro beträgt, wenn sie von einem in Ziffer 2.1.1 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

(3) Aufwendungen für Sehhilfen

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Brillengläser,
- Brillenfassungen und
- Kontaktlinsen.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Sehhilfen ist auf höchstens 100 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 24 Monaten begrenzt. Leistungen für Sehhilfen nach Ziffer 2.2.5 Absatz 3, die die versicherte Person in Deutschland bezieht, zählen auch zu diesem Höchstbetrag, so dass unsere Leistungspflicht innerhalb von 24 Monaten insgesamt auf 100 Euro pro versicherte Person begrenzt ist.

Die maximale Erstattungshöhe ermitteln wir, indem wir

- das Datum zugrunde legen, an dem die Sehhilfe bezogen worden ist, für die Aufwendungsersatz geltend gemacht wird, und
- von diesem Datum ausgehend alle Erstattungen für den Bezug von Sehhilfen der versicherten Person aus den zurückliegenden 24 Monaten berücksichtigen.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(4) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.1.1 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

2.1.5 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.1.3 Absätze 1 und 2 und 2.1.4) gilt auch

- für medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- für ambulante Entbindung und Hausentbindung, einschließlich der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sowie für mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.

2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Behandlung?

(1) Aufwendungsersatz

a) Medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.

Zu den Aufwendungen für Krankenhausleistungen zählen auch die Aufwendungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus gilt auch

- bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und
- bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

(2) Informationspflicht

Sie müssen uns über jede stationäre Behandlung der →versicherten Person innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn informieren.

2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten oder stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen und die damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen:

(1) Aufwendungen für Zahnbehandlung

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen),
- chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- professionelle Zahnreinigung,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist die

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen (siehe Absatz 3).

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung ist auf höchstens 1.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für eine Zahnbehandlung in Deutschland nach Ziffer 2.2.10 Absatz 1, die die versicherte Person im selben Versicherungsjahr bezieht, zählen auch zu diesem Höchstbetrag, so dass unsere Leistungspflicht insgesamt auf 1.000 Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- die Erstellung des Mundhygienestatus,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- Kontrollen des Übungserfolgs,
- lokale Fluoridierungen zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz oder zur Kariesvorbeugung und -behandlung sowie
- lokale Medikamenten-Anwendungen mit einer individuell gefertigten Schiene zur Kariesvorbeugung oder zur Behandlung beginnender Karies.

Als Zahnprophylaxe gelten nicht Leistungen für eine professionelle Zahnreinigung (siehe Absatz 1).

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Zahnprophylaxe ist auf höchstens 50 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für eine Zahnprophylaxe in Deutschland nach Ziffer 2.2.10 Absatz 2, die die versicherte Person im selben Versicherungsjahr bezieht, zählen auch zu diesem Höchstbetrag, so dass unsere Leistungspflicht insgesamt auf 50 Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für Zahnersatz

Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen.

Als Zahnersatz gelten nicht zahnimplantologische Leistungen einschließlich auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen) und den damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.

(4) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen

Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

Die Altersbegrenzung auf 21 Jahre gilt nicht in den folgenden Fällen:

• Unfall

Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

• Schwere Erkrankung

Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich und im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

In diesen Fällen ersetzen wir die Aufwendungen nach Satz 1, auch wenn die verunfallte oder schwer erkrankte versicherte Person bereits älter als 21 Jahre ist.

2.1.8 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir auch 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.

Zu den Aufwendungen für Krankenhausleistungen zählen auch die Aufwendungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?

(1) Rücktransporte

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

- an den ständigen, vor Beginn des langfristigen Auslandsaufenthalts vorhandenen Wohnsitz oder

- in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus, einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine mitversicherte Person.

Der Aufwendungsersatz setzt voraus, dass

- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- nach Abstimmung des Vertragsarztes unserer Notrufzentrale mit dem behandelnden Arzt die Krankenhausbehandlung der versicherten Person im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern wird.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückkehr nach Deutschland entstanden wären.

(2) Überführung oder Bestattung bei Tod im Ausland

Wenn die →versicherte Person während ihres langfristigen Auslandsaufenthalts stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Beginn des langfristigen Auslandsaufenthalts vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückkehr nach Deutschland entstanden wären.

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen.

2.1.10 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von Kliniken im Ausland
- Organisation des Krankentransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

2.2 Versicherte Leistungen bei einem vorübergehenden Deutschlandaufenthalt

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.2 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?
- 2.2.5 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
- 2.2.6 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
- 2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?
- 2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte bei einer stationären Heilbehandlung?
- 2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei einer stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und bei einer stationären Entbindung?
- 2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten oder stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?
- 2.2.11 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wenn sich die →versicherte Person vorübergehend in Deutschland aufhält (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) bieten wir folgenden Versicherungsschutz:

2.2.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.2 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.2 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.1 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) – auch bei Notfalleinweisung – medizinisch notwendig ist.

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

d) Tuberkulose-Erkrankungen

Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen (Grundsatz)

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung – mit Ausnahme von Psychotherapie (siehe dazu Absatz 2) – ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen und Heimdialysen sowie Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

Aufwendungen für Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes ersetzen wir nur, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt vorhanden ist.

(2) Besonderheiten bei Aufwendungen für Psychotherapie

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

b) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Psychotherapie ist auf höchstens 20 Sitzungen pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für Psychotherapie im Ausland nach Ziffer 2.1.3 Absatz 2, die die versicherte Person im selben Versicherungsjahr bezieht, zählen auch zu dieser Höchstgrenze, so dass unsere Leistungspflicht insgesamt auf 20 Sitzungen pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Sitzungen überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für gezielte Vorsorge-Untersuchungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorge-Untersuchungen), die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

2.2.5 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.4 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Inhalationen,
- Krankengymnastik am Gerät,
- Massagen,
- Packungen,
- Bestrahlungen und
- andere Anwendungen des elektrischen Stroms, wenn sie von einem Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und von einem in

Ziffer 2.2.1 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Hilfsmittel, deren in der Rechnung genannter Bruttoverkaufspreis für das einzelne Hilfsmittel nicht mehr als 250 Euro beträgt, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

(3) Aufwendungen für Sehhilfen

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Brillengläser,
- Brillenfassungen und
- Kontaktlinsen.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Sehhilfen ist auf höchstens 100 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 24 Monaten begrenzt. Leistungen für Sehhilfen nach Ziffer 2.1.4 Absatz 3, die die versicherte Person im Ausland bezieht, zählen auch zu diesem Höchstbetrag, so dass unsere Leistungspflicht innerhalb von 24 Monaten insgesamt auf 100 Euro pro versicherte Person begrenzt ist.

Die maximale Erstattungshöhe ermitteln wir, indem wir

- das Datum zugrunde legen, an dem die Sehhilfe bezogen worden ist, für die Aufwendungsersatz geltend gemacht wird, und
- von diesem Datum ausgehend alle Erstattungen für den Bezug von Sehhilfen der versicherten Person aus den zurückliegenden 24 Monaten berücksichtigen.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(4) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Verbandmaterialien und
- zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

2.2.6 Welche Leistungszusage gilt bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 Absätze 1 und 2 und 2.2.5) gilt auch

- für medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- für ambulante Entbindung und Hausentbindung, einschließlich der Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sowie für die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Hebammen und Entbindungspflegern sind bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB V):

a) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für wahlärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

b) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen,
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung sowie
- die Betten-Freihaltegebühr für gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer.

c) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für belegärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

d) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

e) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

(2) Aufwendungen, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

a) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

b) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

c) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen,
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung,
- die Betten-Freihaltegebühr für Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte bei einer stationären Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir Aufwendungen für Krankentransporte wie folgt:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz nach Satz 2 besteht nicht, wenn die versicherte Person im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Heilbehandlung aufgenommen worden ist.

2.2.9 Welche Leistungszusage gilt bei einer stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und bei einer stationären Entbindung?

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus (Ziffer 2.2.7) gilt auch

- bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung wegen Schwangerschaft und

- bei einer medizinisch notwendigen stationären Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten oder stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen für zahnärztliche und die damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche oder ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten ist.

(1) Aufwendungen für Zahnbehandlung

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen),
- chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- professionelle Zahnreinigung,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist die

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen (siehe Absatz 3).

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung ist auf höchstens 1.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für eine Zahnbehandlung im Ausland nach Ziffer 2.1.7 Absatz 1, die die versicherte Person im selben Versicherungsjahr bezieht, zählen auch zu diesem Höchstbetrag, so dass unsere Leistungspflicht insgesamt auf 1.000 Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß dem Abschnitt des Gebührenverzeichnisses der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der prophylaktische Leistungen regelt.

Als Zahnprophylaxe gelten nicht Leistungen für eine professionelle Zahnreinigung (siehe Absatz 1).

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Zahnprophylaxe ist auf höchstens 50 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für eine Zahnprophylaxe im Ausland nach Ziffer 2.1.7 Absatz 2, die die versicherte Person im selben Versicherungsjahr bezieht, zählen auch zu diesem Höchstbetrag, so dass unsere Leistungspflicht insgesamt auf 50 Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für Zahnersatz

Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für Brücken, Kronen, Teilkronen und Prothesen.

Als Zahnersatz gelten nicht zahnimplantologische Leistungen einschließlich auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen) und den damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.

(4) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen

Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für

- kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

Die Altersbegrenzung auf 21 Jahre gilt nicht in den folgenden Fällen:

- Unfall
Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.
- Schwere Erkrankung
Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich und im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

In diesen Fällen ersetzen wir die Aufwendungen nach Satz 1, auch wenn die verunfallte oder schwer erkrankte versicherte Person bereits älter als 21 Jahre ist.

2.2.11 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB V):

a) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen,
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung sowie
- die Betten-Freihaltegebühr für gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer.

b) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

(2) Aufwendungen, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir auch 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft,

- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen,
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung,
- die Betten-Freihaltegebühr für Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
- 3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
- 3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
- 3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?
- 3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 3.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von Ziffer 3.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:

- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“ (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?**
- 4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?**

4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

c) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

d) für Behandlung in einem Heilbad, Kurort oder Sanatorium sowie in einer Heilanstalt oder Heilstätte. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn dort während eines vorübergehenden Aufenthalts eine Heilbehandlung

- wegen einer Erkrankung, die unabhängig vom Aufenthaltswort ist, oder
- wegen eines dort eingetretenen Unfalls notwendig wird.

e) wenn die →versicherte Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen oder beim Fallschirmspringen verunfallt.

4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

5. Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten

Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

6. Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und § 194 Absatz 1 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute →Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

2.2 Müssen Sie einen höheren Beitrag zahlen, wenn der Versicherungsschutz auch für die Vereinigten Staaten von Amerika gilt?

2.3 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

2.4 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.5 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein. Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

2.2 Müssen Sie einen höheren Beitrag zahlen, wenn der Versicherungsschutz auch für die Vereinigten Staaten von Amerika gilt?

Sie müssen einen höheren Beitrag zahlen, wenn der Versicherungsschutz für einen langfristigen Auslandsaufenthalt der →versicherten Person im europäischen und außereuropäischen Ausland einschließlich der Vereinigten Staaten von Amerika (englisch: USA) gilt. Der Tarif trägt in diesem Fall die Bezeichnung Krankenversicherung Ausland (Kurzbezeichnung: RKEXPU).

2.3 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(5) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.4 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.3 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit

Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalles nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.5 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.3 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

Sie geraten nicht in Verzug, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

3. Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalles beachtet werden?
- 3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
- 3.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalles beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung

Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

3.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

4. Informationspflichten bei Rückkehr nach Deutschland

Welche Informationspflichten müssen Sie beachten, wenn die versicherte Person länger nach Deutschland zurückkehrt?

Sie müssen uns

- unverzüglich informieren, wenn sich die →versicherte Person länger als 3 ununterbrochene Monate in Deutschland aufhält.
- innerhalb von einem Monat informieren, nachdem die versicherte Person dauerhaft nach Deutschland zurückgekehrt ist.

Wenn wir erst später davon Kenntnis erlangen,

- müssen Sie an uns die für die Zeit nach Beendigung des Tarifs empfangenen Leistungen zurückzahlen und
- müssen wir Ihnen die für die Zeit nach Beendigung des Tarifs gezahlten Beitragsanteile zurückzahlen.

5. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen

Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihm sicheres Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 3.2 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
 - Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,
- geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →versicherten Person zustehen.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem die Regelung für die Anpassung von Beitrag und vereinbartem Risikozuschlag sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.3 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.4 Absatz 1).

(2) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.4 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht. Im Rahmen dieses Tarifs erbringen wir in diesen Fällen jedoch teilweise Leistungen. Dabei gilt Folgendes:

a) Versicherungsfälle, die zwischen dem Abschluss dieses Tarifs und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten

Bei Versicherungsfällen, die nach Abschluss dieses Tarifs aber vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalles, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

b) Versicherungsfälle, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten

Bei Versicherungsfällen, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalles, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

(3) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 und 2 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen

Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Wirksamwerden einer Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über

- die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(3) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 6.2 Absätze 1 und 3 ein Kündigungsrecht.

3. Anteilige Beitragszahlung

In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Kindernachversicherung

Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nicht am Monatsersten beginnt, können wir für die betroffene →versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Todesfall

Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wenn dieser Tarif vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Berechnung des Tagesbeitrags

Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

4. Ihr Recht zur Kindernachversicherung

Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn

- ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert war,
- die Versicherung für das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird und
- für das Neugeborene kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.

Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach der für das Neugeborene abgeschlossenen Reise-Krankenversicherung auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern

Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn

- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war,

- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird und
- für das Adoptivkind kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

5. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag

Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Leistungsempfänger

Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn

- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,

- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

6. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

- 6.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
- 6.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
- 6.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
- 6.4 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem?
- 6.5 Wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer

Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 12 Monaten. Diese beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(2) Vereinbarte Höchstversicherungsdauer

Der Tarif endet pro →versicherte Person mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Diese kann höchstens 5 Jahre betragen. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

6.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 3 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 4 bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 4 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung

Sie können den Tarif zum Ende eines jeden Monats, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 6.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 12 Monaten mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag

Wenn wir den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 2 erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(4) Anspruch auf Aufhebung

Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

6.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

6.4 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem?

(1) Beendigung des langfristigen Auslandsaufenthalts

Für die →versicherte Person endet der Tarif mit Ablauf des Tages, an dem der langfristige Auslandsaufenthalt endet. Der langfristige Auslandsaufenthalt endet, wenn die versicherte Person dauerhaft oder im Rahmen eines Rücktransports nach Deutschland zurückkehrt.

(2) Längerfristiger Deutschlandaufenthalt

Für die →versicherte Person endet der Tarif mit Ablauf des Tages, an dem sie sich länger als 3 ununterbrochene Monate in Deutschland aufhält.

(3) Todesfall

Der Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person endet der für sie abgeschlossene Tarif mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

6.5 Wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Ende des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Der Versicherungsschutz nach dem für die →versicherte Person abgeschlossenen Tarif endet für die versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.

(2) Verlängerte Leistungspflicht bei langfristigen Auslandsaufenthalten

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person während eines langfristigen Auslandsaufenthalts über den Zeitpunkt, in dem der Versicherungsschutz geendet hat, hinaus medizinisch zu behandeln und sie transportunfähig ist, erbringen wir für

einen →schwebenden Versicherungsfall die versicherten Leistungen bis eine Rückkehr nach Deutschland aus medizinischen Gründen möglich ist.

7. Fortsetzung des Vertrags

Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung

Wenn Sie die Krankenversicherung Ausland (RKEXP) für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Tarife der Krankenversicherung Ausland (RKEXP) unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(2) Tod des Versicherungsnehmers

Wenn die Krankenversicherung Ausland (RKEXP) aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Tarife der Krankenversicherung Ausland (RKEXP) unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(3) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs

Wenn wir die Krankenversicherung Ausland (RKEXP) für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Tarife der Krankenversicherung Ausland (RKEXP), soweit sie von der Kündigung erfasst ist, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren.

8. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

9. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren

Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

10. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

11. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

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

12. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung Ausland (RKEXP) verwenden.

Alterungsrückstellung.

Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung. Bei anderen Krankenversicherungen ist das aber von Gesetzes wegen der Fall. Bei diesen Versicherungen werden die Beiträge in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Mindestversicherungsdauer.

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Risikoprüfung.

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Schriftform.

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

technische Berechnungsgrundlagen.

Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

versicherte Person.

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsnehmer.

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.