

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in dem Tarif AR. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) (1.538/01.22), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Auslandsreise-Krankenversicherung und eine Unfallversicherung an. Sie erhalten eine Absicherung gegen das Krankheits- und Unfallrisiko auf Reisen im Ausland.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche (auch zahnärztliche), ambulante und stationäre Heilbehandlung für im Ausland eintretende Krankheiten sowie für Krankentransporte und Bestattungen / Überführungen. (Tarif AR)
- ✓ Die Unfallversicherung beinhaltet Todesfalleistungen und Bergungskosten bei Unfällen im Ausland. (Tarif ARU)

Den genauen Leistungsumfang der Tarife finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/AR bzw. AVB/ARU.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es besteht Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte von bis zu je 56 Tagen (Verlängerung gegen Zuschlag möglich).
- ! Bestattungs- und Überführungskosten sind bis zu 12.000,00 EUR gedeckt.
- ! Bergungskosten und Todesfalleistung aus der Unfallversicherung sind bis zu 5.000,00 EUR vereinbart. Nach Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person beträgt die vereinbarte Todesfalleistung 2.500,00 EUR.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante und stationäre Behandlungen, die vor Reiseantritt bereits bekannt waren und die bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen sowie auf Vorsatz beruhende Krankheiten.
- ✗ Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.
- ✗ Aufwendungen bei Kriegsereignissen, bei denen eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorliegt.
In der Unfallversicherung:
- ✗ Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle.
- ✗ Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung oder dem vorsätzlichen Versuch einer Straftat.
- ✗ Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse.
- ✗ Unfälle als Führer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgerätes sowie bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- ✗ Unfälle durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
- ✗ Unfälle durch Kernenergie.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter Abschnitt C.3. in den AVB des Tarifs AR/ARU.



Wo bin ich versichert?



Es besteht Versicherungsschutz für die im Ausland anfallenden Krankheitskosten, soweit Leistungen im Tarif vereinbart sind.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Nach einem Unfall müssen Sie sobald wie möglich einen Arzt aufsuchen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Die Unfallanzeige füllen Sie wahrheitsgemäß aus und senden sie uns zeitnah zurück.

Die genauen Bestimmungen entnehmen Sie bitte Abschnitt A.9. AVB/AR und C.4. AUB/ARU.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und ist spätestens bei Abschluss des Vertrages zu zahlen.
- Der Betrag beträgt pauschal für das laufende Kalenderjahr und pro versicherte Person, die in den AVB aufgezeigte Höhe.

Nähere Informationen finden Sie hierzu unter Abschnitt A.8. AVB/AR bzw. C.8. AUB/ARU.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt ab dem vereinbarten Zeitpunkt. Er beginnt aber nicht vor Abschluss des Vertrags und nicht vor Beginn der Auslandsreise.
- Bei einem Aufenthalt im Ausland von mehr als 56 Tagen besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 56 Tage. Der Versicherungsschutz für einen Aufenthalt kann verlängert werden, wenn ein Beitragszuschlag gezahlt wird.
- Die Unfallversicherung kann nur zusammen mit einer Auslandsreise-Krankenversicherung bestehen. Sie endet, wenn die Auslandsreise-Krankenversicherung endet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Eine Kündigung ist nur bei einer Dauerpolice erforderlich.
- Sie können die Auslandsreise-Krankenversicherung zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen.
- Werden die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel erhöht, können Sie den Vertrag innerhalb von zwei Monaten, nachdem Sie informiert wurden, zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.
- In der Unfallversicherung können Sie den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Das können wir auch tun.

Auslandsreiseschutz

Stand 01.01.2022

Tarife AR, ARU

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
A. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR), Tarif AR	2
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	2
2. Beginn des Versicherungsschutzes	3
3. Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages	3
4. Umfang der Leistungspflicht	3
5. Einschränkung der Leistungspflicht	4
6. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen	5
7. Ende des Versicherungsschutzes	5
8. Beitragszahlung	5
9. Obliegenheiten – was Sie nach einem Versicherungsfall beachten müssen	6
10. Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
11. Ansprüche gegen Dritte	6
12. Aufrechnung	7
13. Willenserklärungen und Informationen	7
14. Anzuwendendes Recht / Sprache	7
15. Gerichtsstand	7
B. Besondere Bedingungen zur Dauer-Police	7
C. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB/ARU), Tarif ARU	8
1. Was ist versichert?	8
2. Welche Leistungsarten sind vereinbart?	8
3. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?	9
4. Obliegenheiten – was Sie nach einem Unfall beachten müssen	9
5. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	10
6. Die Vertragsdauer	10
7. Wann Sie unsere Leistungen erhalten	10
8. Beitragszahlung	11
9. Welches Gericht ist zuständig?	11
10. Willenserklärungen und Anzeigen	11
11. Anzuwendendes Recht / Sprache	11
Glossar	11
Anhang	12

Einleitung

Mit einer Auslandsreise-Krankenversicherung bei der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) haben Sie eine gute Entscheidung getroffen. Wir unterstützen Sie gerne bei allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.

In diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) finden Sie alle Regelungen rund um Ihre Versicherung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir fett hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar.

Noch ein Hinweis:

Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller oder die Person, die im Einzahlungs-/Überweisungsvordruck für den Beitrag angegeben ist. Sie sind auch Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

Bitte beachten Sie: Auslandsreise-Krankenversicherung und Unfallversicherung sind rechtlich selbstständige Verträge. Die Unfallversicherung können Sie jedoch nicht alleine abschließen. Sie endet, wenn die Auslandsreise-Krankenversicherung endet – auch unabhängig von anderen Gründen. Die Auslandsreise-Krankenversicherung kann ohne die Unfallversicherung bestehen. Weitere Einzelheiten finden Sie hier in den Versicherungsbedingungen in Abschnitt C.6. AUB/ARU.

A. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR), Tarif AR

Versicherer: Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen Ereignissen, die in diesen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind.

Bei einem Versicherungsfall, der im Ausland eintritt, übernehmen wir die dort entstehenden Kosten für Heilbehandlung. Daneben erbringen wir sonstige vereinbarte Leistungen.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls, die während einer Reise auftreten. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen

- Komplikationen in der Schwangerschaft,
- Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten
- Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen sowie
- der Todesfall.

Darüber hinaus gilt als Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen der Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung.

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

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- angewandt werden, weil es keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel gibt

oder

- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.

Für die Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben, gilt:

Wir dürfen unsere Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(4) Den Umfang des Versicherungsschutzes finden Sie

- im Versicherungsschein,
- in separaten schriftlichen Vereinbarungen,
- in diesen AVB sowie
- in den gesetzlichen Vorschriften Deutschlands.

(5) Als Ausland gilt nicht der Staat, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

(6) Der Versicherungsschutz gilt für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die Sie oder eine versicherte Person innerhalb eines versicherten Kalenderjahres antreten. Die Auslandsreise beginnt mit dem Grenzübertritt aus dem Land, in dem Sie einen Wohnsitz haben. Die Auslandsreise endet spätestens mit dem Grenzübertritt in das Land, in dem Sie einen Wohnsitz haben.

Bei einem Aufenthalt im Ausland von mehr als 56 Tagen besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 56 Tage. Wenn Sie einen Beitragszuschlag zahlen, können wir den Versicherungsschutz für einen Aufenthalt im Ausland verlängern:

- für Personen mit einem Alter von maximal 60 Jahren auf maximal 730 Tage

und

- für ältere Personen auf maximal 365 Tage.

Wir berechnen das Alter, indem wir vom aktuellen Kalenderjahr das Geburtsjahr abziehen.

(7) **Versicherungsfähig** sind Personen mit ständigem Wohnsitz – also ihrem Lebensmittelpunkt – in Deutschland. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab der Geburt.

Voraussetzungen:

- Ein Elternteil ist zur Zeit der Geburt bei uns versichert.
- Wir erhalten die Anmeldung zur Versicherung des Kindes spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt.

Ausnahme:

Dies gilt nicht, soweit für das Neugeborene anderweitiger privater oder gesetzlicher Versicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

Die Adoption eines minderjährigen Kindes steht der Geburt gleich.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt ab dem vereinbarten Zeitpunkt. Er beginnt aber nicht vor Abschluss des Vertrags und nicht vor Beginn der Auslandsreise (siehe Abschnitt A.1. Abs. 6). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

3. Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer des laufenden Kalenderjahres abgeschlossen. Informati-

onen zu einem Vertragsabschluss nach Antritt der Reise finden Sie in Abschnitt A.8. Absatz 5.

Wenn Sie eine Auslandsreise antreten, die während des versicherten Kalenderjahres beginnt und über das Kalenderjahr hinausgeht, gilt: der Versicherungsvertrag endet spätestens mit Ablauf der Reise.

Wenn Sie mit uns eine über das Kalenderjahr hinausgehende Verlängerung des Versicherungsschutzes nach Abschnitt A.1. Absatz 6 Satz 3 vereinbart haben, gilt: der Vertrag endet mit Ablauf der Verlängerung.

(2) Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag annehmen. Wir stellen Ihnen für den Antrag einen Einzahlungs- und/oder Überweisungsvordruck bereit. Wenn Sie diesen nutzen, gilt der Vertrag bereits mit dem Tage der Einzahlung des Beitrags als zustande gekommen. Es gilt das Datum des Poststempels oder der Tag der Abgabe des Überweisungsauftrags. Voraussetzung für einen Vertragsabschluss ist auch, dass die Bank den Überweisungsauftrag ausführt. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller oder die Person, die im Einzahlungs-/Überweisungsvordruck angegeben ist.

4. Umfang der Leistungspflicht

(1) Die versicherte Person kann unter den im Aufenthaltsland zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Chiroprateuren und Osteopathen frei wählen.

(2) Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandelnden verordnet werden.

(3) Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
und
- über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
und
- Krankengeschichten führen.

Die versicherte Person kann unter diesen Krankenhäusern frei wählen.

(4) Versichert ist die nach ärztlicher Einschätzung notwendige und angemessene Heilbehandlung.

Wir erstatten die Kosten für:

- Leistungen von Ärzten, Heilpraktikern, Chiroprateuren und Osteopathen, einschließlich ihrer Wegegebühren;
- Operationen sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arzneimittel und Verbandmaterial aus einer Apotheke;
- Heilmittel: beispielsweise Massagen, medizinische Bäder und Packungen, Heilgymnastik, Inhalationen, medicomechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes. Je Versicherungsfall erstatten wir bis zu sechs verordnete Sachleistungen.
- Hilfsmittel, die auf der Reise erstmals notwendig sind.
Ausnahme: Wir erstatten keine Kosten für Seh- und Hörhilfen.
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus. Erweisen sich der zunächst aufgesuchte Arzt oder Krankenhaus als nicht geeignet, zahlen wir die medizinisch notwendige Verlegung zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus.
- Stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus einschließlich Unterkunft, Pflege und Verpflegung im Krankenhaus. An Stelle der Kostenerstattung können Sie für jeden Tag der stationären Behandlung 50 EUR erhalten. Das Tagegeld zahlen wir maximal 30 Tage ab Beginn der stationären Behand-

lung. Sie müssen zu Beginn der stationären Behandlung wählen, welche Leistung Sie in Anspruch nehmen wollen.

- muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus;
- zahnärztliche Behandlungen: Maßnahmen zur Schmerzbeilegung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, beispielsweise Amalgam- oder Kunststofffüllungen. Wir erstatten außerdem notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien.
Hinweis: Wir zahlen nicht für die Neuanfertigung von Zahnersatz.
- Rückführungskosten: Wir erstatten die Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz. Gleiches gilt für den Rücktransport in das dem Wohnsitz nächstgelegene und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Deutschland. Den Rücktransport organisieren wir auch. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson übernehmen wir ebenfalls.
- Notfallbetreuung von Kindern: Wir organisieren die Rückreise von mitreisenden und mitversicherten minderjährigen Kindern, wenn diese aus folgendem Grund notwendig ist: Die versicherte Person kann wegen eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts oder Todesfalls nicht mehr für die Kinder sorgen. Dabei übernehmen wir die Kosten für die Rückreise inklusive der Mehrkosten, die im Vergleich zur ursprünglich geplanten Rückreise entstehen. Wenn notwendig übernehmen wir auch die Kosten für eine Begleitperson.
Voraussetzung: Sie, die versicherte Person oder ein Beauftragter beantragen die Rückreise der Kinder bei uns.
- Bestattungskosten, Überführungskosten: Beim Tod einer versicherten Person erstatten wir die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis zu 12.000 Euro. Alternativ übernehmen wir die Kosten in dieser Höhe für die Überführung an den ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz.
- Telefonkosten: Wir erstatten Ihnen die Kosten, die durch die Kontaktaufnahme mit unserem Notrufservice angefallen sind.

5. Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für:

- a) Behandlungen im Ausland, die der Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- b) Behandlungen, die bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten. Das muss Ihnen oder der versicherten Person bekannt gewesen sein.
Ausnahme: Die Reise hat wegen des Todes des Ehepartners oder eines Verwandten ersten Grades stattgefunden,
- c) durch vorhersehbare Kriegsereignisse und oder durch aktive Teilnahme an **inneren Unruhen** verursachte
- Krankheiten sowie deren Folgen
und
- Folgen von Unfällen
und
- Todesfälle.
Kriegsereignisse sind vorhersehbar, wenn das Auswärtige Amt eine Reisewarnung vor Reiseantritt ausgesprochen hat,
- d) von Ihnen oder der versicherten Person **vorsätzlich** herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
- e) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie für Hypnose,
- f) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren

Folgen. Ausnahme: Wir leisten, wenn es sich um die Leistungen in Abschnitt A.1. Absatz 2 handelt,

- g) Kieferorthopädie;
- h) Maßnahmen zur Rehabilitation,
- i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

Ausnahme: Wir leisten, wenn durch einen der folgenden Fälle während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland eine Heilbehandlung notwendig ist:

- eine vom Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung
oder
- einen dort eingetretenen Unfall.
- j) Behandlungen durch Ehepartner, Eltern oder Kinder. Sachkosten erstatten wir, das sind beispielsweise Arzneimittel oder Verbandsmaterial,
- k) eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung, beispielsweise eine Sicherungsverwahrung in der Psychiatrie.

(2) Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken, wenn

- eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt
oder
- für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(3) In folgenden Fällen müssen wir nur für die Kosten leisten, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben:

Sie oder die versicherte Person haben Anspruch auf Leistungen

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung
oder
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung
oder
- einer **gesetzlichen Heilfürsorge**
oder
- der Unfallfürsorge.

6. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen

(1) Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie uns die Rechnungen im Original vorlegen. Haben wir weitere Nachweise von Ihnen gefordert, müssen diese ebenfalls vorliegen. Diese Unterlagen werden unser Eigentum.

(2) Die Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Nachnamen der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- einzelne Leistungen des Behandelnden mit Datum.

Bei Rezepten:

- das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk.

Bei Zahnbehandlungen:

- die Bezeichnung der behandelten Zähne und die vorgenommene Behandlung.

Wenn Sie eine Leistung oder eine Ablehnung durch die in Abschnitt A.5. Absatz 3 genannten Versicherungsträger erhalten haben, müssen Sie uns dies nachweisen.

(3) Wir dürfen die Leistung an eine Person auszahlen, die uns einen korrekten Nachweis vorlegt. Als Versicherungsnehmer können Sie eine versicherte Person in **Textform** (Brief, E-Mail,

Fax) als empfangsberechtigt für die Leistung benennen. Dann zahlen wir die Leistung nur an diese versicherte Person aus.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Für nicht gehandelte Währungen, für die es keine Referenzkurse gibt, gilt der Kurs nach der „Devisenkursstatistik“ zum aktuellsten Stand. (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main)

Ausnahme: Die versicherte Person musste den notwendigen Betrag zu einem ungünstigeren Kurs erwerben. Dafür benötigen wir einen Beleg der Bank als Nachweis.

(5) Kosten für die Überweisung der Leistungen können wir von den Leistungen abziehen.

Ausnahme: Dies gilt nicht für Überweisungen auf ein deutsches Konto.

(6) Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

7. Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet jeweils

- mit dem Ende der Auslandsreise (siehe Abschnitt A.1. Abs. 6)
oder
- mit dem Ende des Rücktransports nach Abschnitt A.4. Absatz 4.

Dies gilt auch für noch nicht geklärte Versicherungsfälle. Der Versicherungsschutz endet spätestens nach Ablauf des vereinbarten Zeitraums.

2. Es ist möglich, dass Sie von uns auch über den vereinbarten Zeitraum hinaus eine Leistung erhalten.

Voraussetzung: Eine Rückreise ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Wir leisten dann, solange diese Voraussetzung vorliegt.

8. Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Sie müssen ihn spätestens bei Abschluss der Versicherung zahlen.

(2) Der Beitrag beträgt pauschal für das laufende Kalenderjahr und pro versicherte Person 14,70 Euro. Dies gilt für versicherte Personen, die höchstens 60 Jahre alt sind (Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr). Versichert sind längstens je 56 Tage ab Beginn der Auslandsreise. Bei **Dauer-Policen** beträgt der Beitrag ab dem 2. Versicherungsjahr 13,10 Euro.

Sie können den Versicherungsschutz auf maximal 730 Tage verlängern. Dafür zahlen Sie einen zusätzlichen Beitrag von 1,95 Euro pro Tag. Den zusätzlichen Beitrag müssen Sie vor Antritt der Auslandsreise zahlen. Informationen zu einer nachträglichen Zahlung finden Sie in Abschnitt A.8. Absatz 5. Bei vorzeitiger Rückreise zahlen wir Ihnen den zusätzlichen Beitrag anteilig zurück.

Voraussetzung: Sie weisen uns die Rückreise innerhalb von zwei Wochen nach der Rückkehr nach.

Ausnahmen: Wir erstatten den zusätzlichen Beitrag nicht bei einem

- Krankenrücktransport nach Abschnitt A.4. (4),
- bei einer Rückreise der Kinder nach Abschnitt A.4. (4)
oder
- einer Überführung nach Abschnitt A.4. (4).

Pro versicherte Person erstatten wir erst Beträge ab 15 Euro. Bei darüber liegenden Beträgen kürzen wir den Erstattungsbetrag um 15 Euro.

(3) Für Familien beträgt der Beitrag für das laufende Kalenderjahr bei Aufenthalt im Ausland bis zu je 56 Tagen 36,40 Euro. Bei **Dauer-Policen** beträgt der Beitrag ab dem 2. Versicherungsjahr 32,40 Euro. Als Familie gelten:

- Sie als Versicherungsnehmer mit einem Alter von höchstens 60 Jahren (Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr),
- Ihr Ehepartner oder Lebensgefährte mit einem Alter von höchstens 60 Jahren (Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr),
- Kinder, die höchstens 18 Jahre alt sind (Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr).

Die Familie muss in **häuslicher Gemeinschaft** zusammen wohnen. Sie können den Versicherungsschutz für jedes Familienmitglied einzeln nach Absatz 2 verlängern.

(4) Der Beitrag beträgt pauschal für das laufende Kalenderjahr und pro versicherte Person 26,40 Euro. Dies gilt für versicherte Personen, die über 60 Jahre alt sind (Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr). Versichert sind längstens je 56 Tage ab Beginn der Auslandsreise. Bei **Dauer-Policen** beträgt der Beitrag ab dem 2. Versicherungsjahr 23,50 Euro.

Sie können den Versicherungsschutz auf maximal 365 Tage verlängern. Dafür zahlen Sie einen zusätzlichen Beitrag von 20,70 Euro pro Tag. Die Regelungen nach Abschnitt A.8. Abs. 2 Satz 7 – 13 gelten auch hier.

(5) Sie können den Beitrag auch nachträglich zahlen. Dies ist spätestens innerhalb einer Woche nach Antritt der Reise möglich. Sie haben dann nur Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Zahlung des Beitrages eintreten. Sie können den Versicherungsschutz nach Antritt der Reise verlängern, wenn Sie den zusätzlichen Beitrag innerhalb des bereits versicherten Zeitraums zahlen. Für folgende Versicherungsfälle haben Sie für den Zeitraum der Verlängerung keinen Versicherungsschutz: Versicherungsfälle, die im bereits versicherten Zeitraum vor der Einzahlung des zusätzlichen Beitrags eingetreten sind.

(6) Auf den Beitrag zur Auslandsreise-Krankenversicherung zahlen Sie keine Versicherungssteuer (nach § 4 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz, (VersStG)).

9. Obliegenheiten – was Sie nach einem Versicherungsfall beachten müssen

(1) Sie müssen uns über jede Behandlung im Krankenhaus innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn informieren.

(2) Sie müssen uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die notwendig ist zur Feststellung

- des Versicherungsfalles
- unserer Leistungspflicht

und

- des Leistungsumfangs.

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

(4) Wenn wir es verlangen, müssen Sie und die versicherten Personen uns das Einholen von erforderlichen Auskünften möglich machen. Dies gilt vor allem für Entbindungen von der Schweigepflicht.

(5) Im Leistungsfall sind Sie verpflichtet, uns Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise nachzuweisen, wenn wir dies verlangen.

10. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Sie oder eine versicherte Person verletzen eine **Obliegenheit** aus Abschnitt A.9. Dann dürfen wir unsere Leistung ganz oder teilweise kürzen.

Dabei beachten wir die in § 28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

11. Ansprüche gegen Dritte

(1) Wenn Sie im Versicherungsfall Leistungen einer anderen Versicherung beanspruchen können, geht die Leistungspflicht dieser anderen Versicherung vor. Sie können den Versicherungsfall entweder uns oder der anderen Versicherung melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, erhalten Sie von uns im Rahmen dieser AVB/AR eine Vorleistung.

(2) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Ein Dritter ist beispielsweise ein Unfallgegner. Die Pflicht zur Abtretung besteht bis zu der Höhe, in der Sie von uns Ersatz erhalten. Mit Ersatz meinen wir die Erstattung von Kosten sowie Sach- und/oder Dienstleistungen. Diese Regelung gilt unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

(3) Sie oder die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie die geltenden Formen und Fristen beachten und uns bei der Durchsetzung unserer Ansprüche, wenn nötig, unterstützen.

(4) Wenn Sie oder eine versicherte Person **vorsätzlich** die **Obliegenheiten** aus Absatz 2 und 3 verletzen, gilt: Wir müssen nicht leisten, wenn wir wegen der **vorsätzlichen** Verletzung der **Obliegenheit** keinen Ersatz von dem Dritten erhalten können. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung dieser **Obliegenheiten** dürfen wir unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen.

(5) Die Absätze 2 bis 4 gelten auch in folgenden Fällen entsprechend:

- Sie oder eine versicherte Person haben einen Anspruch auf Rückzahlung von Entgelten, weil Sie an einen Leistungserbringer ohne rechtlichen Grund gezahlt haben

und

- Sie haben dafür vertraglich vereinbarte Leistungen erhalten.

12. Aufrechnung

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

13. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Informationen müssen Sie uns in Textform (Brief, E-Mail, Fax) senden.

14. Anzuwendendes Recht / Sprache

Es gilt deutsches Recht. Vertragssprache ist deutsch. Sie erhalten alle Informationen von uns auf Deutsch.

15. Gerichtsstand

(1) Für Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können Sie bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Darüber hinaus können Sie Klagen gegen uns auch bei dem Gericht an unserem Firmensitz einreichen.

(3) Unabhängig davon, wer klagt, ist in diesen Fällen das Gericht an unserem Firmensitz zuständig:

- Sie verlegen nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland

oder

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist uns zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt.

B. Besondere Bedingungen zur Dauer-Police

Abschnitt A.1. Abs. 7 erhält folgende Fassung:

(7) **Versicherungsfähigkeit:** Wir können Personen versichern, die ihren ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) in Deutschland haben. Die Versicherung endet, wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz aus Deutschland verlegt.

Abschnitt A.3. erhält folgende Fassung:

Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

(1) Sie schließen den Vertrag vor Antritt der Reise zunächst für das laufende Kalenderjahr ab. Informationen zum Vertragsabschluss nach Antritt der Reise finden Sie in Abschnitt A.8. Absatz 5. Der Vertrag verlängert sich automatisch um ein Kalenderjahr, wenn Sie oder wir ihn nicht 3 Monate vor Ablauf in Textform (Brief, E-Mail, Fax) kündigen.

Voraussetzung: Sie können für eine volljährige versicherte Person nur kündigen, wenn Sie uns nachweisen, dass diese Person von der Kündigung weiß. Die versicherten Personen haben das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen die versicherten Personen den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Versicherungsnehmer stirbt.

(2) Wenn Sie oder wir den Vertrag kündigen, endet der Vertrag bei Auslandsreisen spätestens mit Ablauf der Reise. Dies gilt für Auslandsreisen,

- die Sie oder eine versicherte Person während des versicherten Kalenderjahres antreten

und

- die über das Kalenderjahr hinausgehen.

Wenn wir mit Ihnen eine über das Kalenderjahr hinausgehende Verlängerung des Versicherungsschutzes nach Abschnitt A.1. Absatz 6 Satz 3 vereinbart haben, gilt: Der Vertrag endet mit Ablauf der Verlängerung.

(3) Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag annehmen. Sie beantragen den Abschluss des Vertrags auf dem dafür vorgesehenen Einzahlungs- bzw. Überweisungsvordruck.

Der Vertrag kommt bereits am Tag der Einzahlung des Beitrages zustande. Es gilt das Datum des Poststempels oder Tag der Abgabe des Überweisungsauftrags. Wir setzen voraus, dass die Bank den Überweisungsauftrag ausführt.

(4) Versicherungsnehmer ist die Person, die den Antrag auf Versicherung stellt.

Abschnitt A.8. erhält zusätzlich die Absätze 7 u. 8:

(7) Bei einer Verlängerung des Vertrags gelten für die Regelungen in den Absätzen 2–4 die Verhältnisse im Verlängerungszeitraum.

(8) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Dafür gilt die Regelung in § 38 Versicherungsvertragsgesetz, VVG (siehe Anhang).

Wenn wir den Beitrag nicht von Ihrem Konto einziehen können und Sie dafür verantwortlich sind, gilt: Wir dürfen Ihnen die Gebühr für die Rücklastschrift berechnen. Wir sind nur zu einem einmaligen Einzugsversuch verpflichtet.

Abschnitt A.8. a) wird eingefügt:

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und des Versicherungsbeitrages

(1) Für bestehende Verträge überprüfen wir regelmäßig, ob die bestehenden Beiträge angehoben oder gesenkt werden müssen. Damit stellen wir sicher, dass wir die vertragliche Leistungszusage dauerhaft erfüllen können. Ergibt die Überprüfung, dass höhere Beiträge erforderlich sind, heben wir die Beiträge entsprechend an. Ergeben sich niedrigere Beiträge, senken wir die bisherigen Beiträge entsprechend ab.

Bei der Überprüfung berücksichtigen wir Veränderungen der **Schadenquote**, die seit der letzten Festsetzung der Beiträge eingetreten sind und die bis zur nächsten Überprüfung erwartet werden.

Der geänderte Beitrag darf nicht höher sein als der zum Zeitpunkt der Änderung geltende Beitragssatz für Neuverträge.

Die Beitragsanpassung nehmen wir zum Beginn eines Kalenderjahres vor. Wir teilen Ihnen die Beitragsanpassung mindestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

Bei einer Beitragserhöhung können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb von zwei Monaten kündigen, nachdem wir Sie darüber informiert haben. Die Kündigung ist dann ab dem Zeitpunkt wirksam, ab dem der höhere Beitrag gelten würde.

(2) Erhöht sich der Beitrag wegen des höheren Alters einer versicherten Person, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

(3) Wir können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Anpassungen erscheinen zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer notwendig und
- ein unabhängiger Treuhänder hat die Voraussetzungen für die Anpassungen geprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

(4) Wir können eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn diese für unwirksam erklärt wurde durch

- höchstrichterliche Entscheidung
- oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt.

Voraussetzungen:

- Die neue Regelung ist zur Fortführung des Vertrags notwendig
- oder
- der Vertrag würde ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen.

Die neue Regelung muss die Interessen der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die wesentlichen Gründe dafür mit. Zwei Wochen nach dieser Mitteilung wird die neue Regelung Bestandteil Ihres Vertrags.

C. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB/ARU), Tarif ARU

Versicherer: Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

1. Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die einer versicherten Person während der Laufzeit des Vertrags zustoßen.

1.2 Versichert sind nur Unfälle außerhalb von Deutschland.

1.3 Ein Unfall liegt in diesem Fall vor: Die versicherte Person erleidet durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

1.4 Auch Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten in folgendem Fall als Unfall: Die versicherte Person war unbewusst oder unentrichtbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt.

1.5 Versicherungsschutz besteht bei einer rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen.

1.6 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

1.7 Wir bieten Versicherungsschutz für den Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

1.8 Bitte beachten Sie, dass bestimmte Fälle nicht versichert sind. Diese Ausschlüsse finden Sie in Abschnitt C.3. Sie gelten für alle Leistungsarten. Die Leistungsarten finden Sie in Abschnitt C.2.

2. Welche Leistungsarten sind vereinbart?

Vereinbart sind

- eine Leistung im Todesfall von 5.000,- Euro und
- der Ersatz von Bergungskosten bis maximal 5.000,- Euro.

Nach dem 75. Geburtstag einer versicherten Person beträgt die vereinbarte Leistung im Todesfall 2.500,- Euro.

2.1 Leistung im Todesfall

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Eine versicherte Person ist als Folge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Bitte beachten Sie dazu die besonderen Pflichten nach Ziffer 4.5.

2.1.2 Bezugsrecht

Wenn Sie keine andere Regelung getroffen haben, ist bei Unfalltod der versicherten Person bezugsberechtigt:

- a) der lebende Ehepartner, mit dem der Bezugsberechtigte zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war,
- b) die ehelichen und ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person zu gleichen Teilen,
- c) die Eltern der versicherten Person zu gleichen Teilen,
- d) die Erben der versicherten Person zu gleichen Teilen in der Reihenfolge der Buchstaben. Ein in der Reihe zuvor Genannter schließt die jeweils folgenden Berechtigten aus.

2.2 Bergungskosten

2.2.1 Im Versicherungsfall übernehmen wir folgende Kosten: Die entstandenen notwendigen Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privat organisierten Rettungsdiensten.

Voraussetzung: Dafür werden üblicherweise Gebühren berechnet.

Wir erstatten maximal 5.000,- Euro (siehe Abschnitt C.2).

2.2.2 Wir ersetzen die Kosten, wenn die versicherte Person Kosten nach 1. übernehmen muss, obwohl kein Unfall vorliegt.

Voraussetzung: Ein Unfall drohte unmittelbar oder war nach den konkreten Umständen zu vermuten.

2.2.3 Wenn ein anderer Ersatzpflichtiger Kosten übernimmt, können Sie bei uns nur einen Anspruch auf die restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger sei-

ne Leistungspflicht, können Sie sich direkt an uns wenden. Ein anderer Ersatzpflichtiger kann beispielsweise eine andere Versicherung sein.

3. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

3.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

3.1.1 Unfälle einer versicherten Person durch

- Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie
- Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein versichertes Unfallereignis verursacht sind.

Unfälle, die auf Trunkenheit beruhen, sind mitversichert.

Ausnahme: Wir zahlen nicht bei alkoholbedingten Unfällen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, wenn die Blutalkoholkonzentration der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt 0,9 Promille überschritten hat.

3.1.2. Unfälle, die bei **vorsätzlicher** Ausführung einer Straftat oder deren Versuch entstehen.

3.1.3 Unfälle, die direkt oder indirekt durch einen Krieg oder Bürgerkrieg verursacht sind.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von einem Krieg oder Bürgerkrieg betroffen ist.

Der Versicherungsschutz endet mit dem siebten Tag nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges in dem Staat, in dem die versicherte Person sich aufhält.

Ausnahme: Die Erweiterung gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch **ABC-Waffen**.

3.1.4. Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird,
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

3.1.5. Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs bei Fahrtveranstaltungen, bei denen Höchstgeschwindigkeiten erzielt werden sollen. Das gilt auch für die dazugehörigen Übungsfahrten,

3.1.6. Unfälle, die direkt oder indirekt durch Kernenergie verursacht sind.

4. Obliegenheiten – was Sie nach einem Unfall beachten müssen

Um unsere Leistungen zu erbringen, benötigen wir Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person.

4.1 Nach einem Unfall, für den wir voraussichtlich leisten, müssen Sie oder die versicherte Person **unverzüglich** einen Arzt hinzuziehen. Sie müssen seine Anordnungen befolgen und uns informieren.

4.2 Sie erhalten von uns einen Unfallbogen. Diesen müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und **unverzüglich** an uns zurücksenden. Wenn wir darüber hinaus Informationen zum Unfall fordern, müssen Sie oder die versicherte Person uns diese ebenfalls wahrheitsgemäß und unverzüglich erteilen.

4.3 Wenn wir Ärzte beauftragen, müssen Sie oder die versicherte Person sich auch von diesen untersuchen lassen. Die not-

wendigen Kosten einschließlich eines Verdienstausfalles übernehmen wir.

4.4 Sie oder die versicherte Person müssen folgenden Personen oder Institutionen erlauben, uns alle notwendigen Auskünfte zu geben:

- Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Gründen – behandelt oder untersucht haben,
- andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden.

4.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, müssen wir darüber innerhalb von 48 Stunden informiert werden. Dies gilt auch, wenn wir über den Unfall bereits informiert wurden.

Wir müssen dazu berechtigt werden, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen.

5. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Sie oder eine versicherte Person verletzen eine **Obliegenheit** aus Abschnitt C.4. Dann dürfen wir unsere Leistung ganz oder teilweise kürzen. Dabei beachten wir die in §28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

6. Die Vertragsdauer

6.1 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Sie können den Vertrag nur zusammen mit einer Auslandsreise-Krankenversicherung der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. nach dem Tarif AR abschließen. Für beide Verträge gilt die gleiche Laufzeit. Der Vertrag endet, wenn die Auslandsreise-Krankenversicherung endet – auch unabhängig von anderen Gründen. Wenn Sie für die Auslandsreise-Krankenversicherung eine **Dauer-Police** beantragen, gelten deren Besondere Bedingungen auch für die Unfallversicherung. Die Besonderen Bedingungen finden Sie in den AVB/AR Abschnitt A.1. Absatz 7, A.3. und A.8. Absatz 7 und 8.

6.2 Beginn, Dauer und Verlängerung des Versicherungsschutzes

Zum Beginn, der Dauer und der Verlängerung des Versicherungsschutzes gelten die Regelungen der Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR). Die Regelungen finden Sie dort in Abschnitt A.1. Absatz 6, Abschnitt A.2. und Abschnitt A.8. Eine Verlängerung dieser Versicherung ist nur zusammen mit einer entsprechenden Verlängerung des Versicherungsschutzes in der Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) möglich. Wenn Sie die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) verlängern, verlängert sich auch der Versicherungsschutz in der Unfallversicherung.

6.3 Kündigung

6.3.1 Kündigung nach einem Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir kündigen, wenn

- wir eine Leistung erbracht
oder
- Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung müssen Sie oder wir spätestens einen Monat nach der Leistung erhalten haben. Bei einem Rechtsstreit müssen Sie oder wir die Kündigung einen Monat nach einem dieser Ereignisse erhalten haben:

- nach Rücknahme der Klage,
- nach einem Anerkenntnis,
- nach einem Vergleich
oder
- der Rechtskraft des Urteils.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort wirksam, wenn wir sie erhalten haben. Sie können auch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Wenn wir kündigen, wird die Kündigung einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

6.3.2 Kündigung wegen altersbedingter Beitragserhöhung (Dauer-Police)

Sie können die Versicherung zum Ende des laufenden Kalenderjahres kündigen, wenn sich der Beitrag altersbedingt erhöht.

7. Wann Sie unsere Leistungen erhalten

7.1 Wir müssen Sie innerhalb eines Monats in **Textform** (Brief, E-Mail, Fax) informieren, ob und in welcher Höhe wir leisten. Die Fristen beginnen, sobald wir einen Nachweis zum Unfallhergang und den Unfallfolgen erhalten haben.

7.2 Wir leisten innerhalb von 2 Wochen, wenn

- wir den Anspruch anerkennen
oder
- wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben.

7.3 Steht unsere Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir einen angemessenen Vorschuss, wenn Sie dies wünschen.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns Bergungskosten erhalten. Die Höhe ist allerdings noch nicht bestimmbar.

7.4 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die es keine Referenzkurse gibt, gilt der Kurs nach der „Devisenkursstatistik“, zum aktuellsten Stand. (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main).

Ausnahme: Die versicherte Person musste den notwendigen Beitrag zu einem ungünstigeren Kurs erwerben. Dafür benötigen wir einen Beleg der Bank als Nachweis.

7.5 Kosten für die Überweisung der Leistungen können wir von den Leistungen abziehen.

Ausnahme: Dies gilt nicht für Überweisungen auf ein deutsches Konto.

7.6 Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

8. Beitragszahlung

Die Bestimmungen in Abschnitt A.8. der Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR) gelten auch für die Unfallversicherung.

Ausnahmen:

Der Beitrag für das laufende Kalenderjahr beträgt bei Personen von höchstens 60 Jahren pro versicherte Person 0,35 Euro. Versichert sind längstens 56 Tage ab Beginn der Auslandsreise. Bei einer Verlängerung der Versicherung auf maximal 730 Tage beträgt der zusätzliche Beitrag 0,05 Euro pro Tag. Familien zahlen für das laufende Kalenderjahr einen Beitrag von 0,80 Euro. Bei einer Verlängerung der Versicherung auf maximal 730 Tage beträgt der Beitrag pro Familienmitglied pro Tag der Verlängerung 0,05 Euro.

Der Beitrag für das laufende Kalenderjahr beträgt bei Personen über 60 Jahren pro versicherte Person 0,35 Euro. Versichert sind längstens 56 Tagen ab Beginn der Auslandsreise. Bei einer Verlängerung der Versicherung auf maximal 365 Tage beträgt der zusätzliche Beitrag 0,05 Euro pro Tag der Verlängerung.

Im Beitrag ist die Versicherungssteuer von 19 % enthalten. Bei einem Betrag von 0,35 Euro sind das 6 Cent. Bei einem Betrag von 0,80 Euro sind das 13 Cent, bei einem Betrag von 0,05 Euro 1 Cent. Die Versicherungssteuernummer lautet: 9116/801/00170

9. Welches Gericht ist zuständig?

Es gelten die Regelungen in Abschnitt A.15. der Auslandsreisekrankenversicherung (AVB/AR).

10. Willenserklärungen und Anzeigen

Es gelten die Regelungen in Abschnitt A.13. der Auslandsreisekrankenversicherung (AVB/AR).

11. Anzuwendendes Recht / Sprache

Es gelten die Regelungen in Abschnitt A.14. der Auslandsreisekrankenversicherung (AVB/AR).

Glossar

ABC-Waffen: Kategorie bestimmter Waffen, die als besonders zerstörerisch angesehen werden und gravierende Auswirkungen auf Leben, Gegenstände und Umwelt haben. ABC steht für atomar, biologisch und chemisch.

Dauer-Police: bezeichnet einen Vertrag, dessen Laufzeit nicht nach einem Kalenderjahr endet. Der Vertrag verlängert sich von Kalenderjahr zu Kalenderjahr, wenn er nicht gekündigt wird.

häusliche Gemeinschaft: Personen, die innerhalb eines Haushalts zusammen leben, als Ehepaar, Familienangehörige oder sonstige Partnerschaft.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Innere Unruhen: sind gewalttätige, in der Öffentlichkeit ausgetragene Auseinandersetzungen, die den inneren Frieden des Aufenthaltslandes stören.

Obliegenheiten sind Mitwirkungspflichten. Werden diese nicht beachtet, können daraus nachteilige Folgen entstehen. Ein Beispiel: Wir können Sie auffordern, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob wir leisten müssen. Nehmen Sie die ärztliche Untersuchung nicht wahr, können wir unsere Leistungen mindern oder ganz streichen.

Schadenquote: Verhältnis der tatsächlichen Leistungen für Versicherungsfälle zu den einkalkulierten Leistungen für Versicherungsfälle innerhalb eines Jahres.

Textform ist eine gesetzliche geregelte Form für ein Rechtsgeschäft oder eine Erklärung. Die Textform meint jede lesbare, dauerhafte Erklärung, in der die Person des Erklärenden genannt ist. Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht erforderlich. Erklärungen in Textform müssen auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben werden. Neben Papier (Brief, Telefax-Nachrichten) kommen auch CD-ROMs, DVDs, Speicherkarten, USB-Sticks oder E-Mails in Frage.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist beispielsweise für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentariife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Vorsatz bezeichnet die innere Einstellung der handelnden Person. Vorsätzlich handelt, wer weiß und will, dass durch sein Handeln ein bestimmter Zweck verwirklicht wird. Ein Beispiel: Auf die ausdrückliche Frage im Antrag wird bewusst ein falsches Geburtsjahr angegeben. Ziel ist es, den Beitrag für Personen unter 60 Jahren zu zahlen.

Anhang

§ 28 VVG (Auszug)

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

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

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

§ 38 VVG

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

Gesetzliche Kundeninformationen gemäß § 7 Abs.2 u. 3 VVG

Identität der Versicherer und ladungsfähige Anschriften

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Stuttgart
HRB 263277
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender), Olaf Engemann, Ralf Oestereich, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Sitz der Gesellschaft: Fellbach

Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender), Olaf Engemann, Ralf Oestereich, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Sitz der Gesellschaft: Fellbach

Weitere Betriebsstätten

Landesdirektion Baden/Pfalz
Rehlingstr.13, 79100 Freiburg

Landesdirektion Bayern
Hery-Park 3000, 86368 Gersthofen

Hauptgeschäftstätigkeit / Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung.

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Süddeutschen Allgemeinen Versicherung a.G. ist der Betrieb der Allgemeinen Unfallversicherung und der verbundenen Hausratversicherung.

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 1308, 53003 Bonn. Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich schriftlich an diese Aufsichtsbehörde wenden.

Sicherungsfonds

Die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. gehört dem aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Sicherungsfonds an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Anschrift: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Auslandsreise-Krankenversicherung:

Der Versicherer erstattet Kosten medizinisch notwendiger ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransporte und Bestattungen / Überführungen. Maßgeblich sind die Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR). Der Versicherer ist bei erstattungsfähigen Versicherungsfällen zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungen im Original vorgelegt und die geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind.

Unfallversicherung:

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz (Todesfalleistung, Bergungskosten) bei Unfällen im Ausland. Maßgeblich sind die Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB/ARU).

Der Versicherer leistet innerhalb von zwei Wochen nachdem er den Anspruch anerkannt hat.

Beitragszahlung / Gesamtpreis

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und spätestens bei Abschluss zu zahlen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen in Abschnitt A.8. AVB/AR und Abschnitt C.8. AUB/ARU. In der Unfallversicherung wird gesetzlich eine Versicherungssteuer erhoben. Diese ist im Beitrag enthalten.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen in Abschnitt A.8. AVB/AR und Abschnitt C.8. AUB/ARU bzw. dem Produktinformationsblatt.

Zustandekommen des Vertrages, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates zustande, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird, bzw. mit Überwei-

zung des Jahresbeitrages. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist für den Vertragsabschluss eine ausdrückliche schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers erforderlich. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

E-Mail: vertrag@sdk.de

Fax: 0711 7372-7211

Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;

14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;

16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragsdauer/Kündigung

Der jeweilige Vertrag wird grundsätzlich für die Dauer des laufenden Kalenderjahres abgeschlossen. Wird eine Dauerpolice beantragt, verlängert sich die Laufzeit stillschweigend um ein weiteres Kalenderjahr, falls nicht Sie oder wir zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von mindestens 3 Monaten in Textform kündigen. Bei einer Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Auslandsreise-Krankenversicherung können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zum Ende des Kalenderjahres kündigen, bei einer Erhöhung des Beitrages bis und zum Ende des Kalenderjahres. In der Unfallversicherung haben Sie zudem noch die Möglichkeit einer Kündigung, wenn Sie eine Versicherungsleistung erhalten oder Sie Klage auf eine Versicherungsleistung erhoben haben.

Anzuwendendes Recht / Sprache

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist deutsch. Alle Informationen werden ebenfalls in deutscher Sprache erteilt.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich hinsichtlich der **Reisekrankenversicherung** an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich hinsichtlich der **Unfallversicherung** an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann
Postfach 060222
10006 Berlin
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Hinweis: Die Entscheidungen dieses Ombudsmannes haben bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 EUR bindende Wirkung für das Versicherungsunternehmen. Bis zu einem Beschwerde-

wert von 100.000 EUR kann der Ombudsmann eine für beide Seiten unverbindliche Empfehlung abgeben.

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung und der Versicherungsombudsmann sind unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstellen. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an den Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann weitergeleitet.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Ein mitgliedschaftliches Verhältnis i.S.d. § 176 VAG wird durch den Vertragsabschluss nicht begründet.

Erklärung zum Datenschutz / Widerspruchsrecht gegen Werbung

Erklärung zum Datenschutz

Der sichere Umgang mit personenbezogenen und sensiblen Daten ist seit je her im Hause SDK ein wichtiges Anliegen. Hierbei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Datenvermeidung und der Datensparsamkeit. Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, geführt (Vertragsdaten). Ihre sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) sind von allen Unternehmen der SDK-Versicherungsgruppe (Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Süddeutsche Lebensversicherung a. G., Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.) abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung und Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Widerspruchsrecht gegen Werbung

Mir ist bekannt, dass ich der Verarbeitung oder Nutzung meiner Daten durch meinen Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe zum Zwecke der Werbung widersprechen kann.