

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV 2017)

Stand 01.01.2026

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV 2017)

Teil II Tarif V09 / Tarif V80

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft (auch medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch) und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV mit Anhang), dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Versicherungsjahr, Vertragsdauer, Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

(2) Der Vertrag wird grundsätzlich für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden

Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

(3) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Das Erfordernis einer dreimonatigen Versicherung beim Versicherer entfällt, wenn beim Übertritt aus einer gleichartigen privaten Krankenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung die bisherige Versicherung mindestens drei Monate bestanden hat.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten (siehe Abs. 2b) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

(4) Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein in Deutschland erstelltes ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, die Kosten der ärztlichen Untersuchung selbst zu tragen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von vierzehn Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht

dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(5) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 3 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Das Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung wird dem Ausscheiden aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Es wird jedoch die Laufzeit bisheriger gleichartiger Versicherungen auf sämtliche Wartezeiten angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im ausländischen Aufenthaltsland zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

Für Heilbehandlungen in Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker dürfen nicht in Anspruch genommen werden. Für Heilbehandlungen in Deutschland gelten die Regelungen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ). Es besteht also keine Leistungspflicht für die Teile der Liquidation, die der GOÄ bzw. der GOZ nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.

Reisekosten nach Deutschland und zurück ins ausländische Aufenthaltsland werden nicht erstattet.

(2) Wegegebühren werden in tarifmäßigem Umfang erstattet, wenn es dem Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war, den Arzt selbst aufzusuchen. Die Erstattung wird nach der Entfernung des nächst erreichbaren Arztes berechnet.

Ist der versicherte Tarif geschlechtsunabhängig kalkuliert, sind erstattungsfähig die infolge eines Unfalls oder medizinischen Notfalls angefallenen notwendigen Transportkosten zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.

Für die Dialysebehandlung leistet der Versicherer nach den Bestimmungen für ambulante Heilbehandlung, soweit die Dialysebehandlung nicht im Rahmen einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

(3) Arznei, Verband, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel ausserdem aus der Apotheke oder sonstigen Stellen, die zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind, bezogen werden.

- a) Arzneimittel: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
- b) Heilmittel: Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlung, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen.

Bei Heilbehandlungen in Deutschland werden Aufwendungen für Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen über den in der Gebührenordnung für Ärzte festgelegten Gebührenrahmen hinaus bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes erstattet.

Im ausländischen Aufenthaltsland werden die ortsüblichen Gebühren erstattet.

Heilmittel müssen von Ärzten oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Masseuren) erbracht werden.

- c) [1] Hilfsmittel (Tarife mit geschlechtsabhängigen Beiträgen)
 - Die Tarife unterscheiden zwischen großen und kleinen Hilfsmitteln. Beide können gekauft oder gemietet werden.
 - Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe.
 - Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Krankenfahrstühle, Krücken.
 - Leistungen für die zuvor genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Mietkosten können auch in Teilbeträgen, z. B. monatlich, abgerechnet werden.
 - Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z. B. Perücken, Haarteile), für Kontroll- und Behandlungsgeräte (z. B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte), für sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Massagegeräte, Heizkissen), für den Betrieb von Hör- und Sprechgeräten (z. B. Ersatzbatterien, Ladegeräte) sowie Aufwendungen zur Reinigung von Kontaktlinsen.

[2] Hilfsmittel (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

- Die Tarife unterscheiden zwischen großen und kleinen Hilfsmitteln. Beide können gekauft oder gemietet werden. Mietkosten werden, unabhängig von ihrer Höhe, immer als große Hilfsmittel erstattet und können auch in Teilbeträgen, z. B. monatlich, abgerechnet werden.
- Als kleine Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen bis zu 500,- Euro. Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker gelten, unabhängig vom Rechnungsbetrag, als kleines Hilfsmittel.
- Als große Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen über 500,- Euro.
- Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art werden im Kalenderjahr nur einmal gezahlt. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels. Reparaturen und Zubehör werden wie das zugrunde liegende Hilfsmittel erstattet.
- Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel mit geringem therapeutischen Nutzen (z. B. Applikationshilfen für Wärme und Kälte), Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (z. B. Laufband, Crosstrainer), Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen). Dasselbe gilt für Aufwendungen für die Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln (z. B. Pflegemittel) und die Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien.

Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, so ist der Versicherer nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Vorleistung notwendig sind.

(4) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für Pflegepersonal, Desinfektionen sowie für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke;
- für Nähr- und Stärkungsmittel (auch sexuelle), auch wenn sie vom Arzt verordnet sind, für Weine, Tees, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;

- für Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus übernimmt im Rahmen des im Tarif festgelegten Höchstsatzes der Versicherer, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlicherseits bescheinigt wird und wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnten. Die Transportkosten-erstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen Krankenhaus berechnet.

Für die Benutzung des eigenen Personenkraftwagens oder eines Personenkraftwagens des Ehegatten, der Eltern und Kinder erfolgt keine Erstattung.

(6) Betragsmäßige Festlegungen

- a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z. B. Selbstbehalt; Leistungshöchstsat) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahre. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nichtversicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
- b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.
- c) Der Vorstand kann zur Vermeidung unbilliger Härten über die tarifmäßigen Erstattungen hinaus Mehrleistungen gewähren.

(7) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten in Deutschland, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 5 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Der Versicherer kann sich aber auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, wenn es sich um eine Notfall-einweisung handelte, wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten; Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) werden gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

(3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Im Ausland werden die dortigen Verhältnisse zugrunde gelegt.

(4) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

- a) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Urschriften gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes (bei Heilbehandlungen in Deutschland mit Nummern des Gebührenverzeichnisses) und jeweiligem Behandlungsdatum, bei stationären Heilbehandlungen zusätzlich den Aufnahme- und Entlassungstag. Erforderlichenfalls sind weitere Nachweise vorzulegen.
- b) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung einzureichen.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle EuroWechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“,

Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigen Kurs erworben hat.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. Überweisungen auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland erfolgen kostenfrei.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 u. 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 1,50 Euro. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag, bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr, so dass sich jeweils zum Jahresanfang das Alter erhöht. Führt die Erhöhung des Alters zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als eine Beitragserhöhung im Sinne von § 14 Abs. 5.

(2) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest einmal jährlich für den Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vorhundertssatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert und eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder eine betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenze des Tarifs angepasst werden.

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vorhundertssatz 7,5 %, für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt der gesetzliche Vorhundertssatz von 5 %.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

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

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in einer gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versi-

cherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Verlegung des Wohnsitzes

(1) Jede Verlegung des Wohnsitzes des Versicherten wie auch des Versicherungsnehmers ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nach, so genügt für eine Willenserklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung des Versicherungsnehmers. Der Brief muss dergestalt versendet werden, dass die versuchte Zustellung nachweisbar ist (z. B. Einschreibebrief). Die Erklärung wird mit dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne eine Verlegung des Wohnsitzes bei regelgemäßer Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

(2) Verlegt die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in die USA bzw. Kanada, gilt ab dem Ersten des auf die Wohnsitzverlegung folgenden Monats ein Beitragszuschlag von 50 % als vereinbart.

(3) Verlegt die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz zurück nach Deutschland, wird das Versicherungsverhältnis mit dem dann erreichten Alter in nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierte Tarife umgestellt, die dem Leistungsumfang des bisherigen Versicherungsverhältnisses vergleichbar sind. Die Umstellung umfasst auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die diesen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierten Tarifen zugrunde liegen. Sie erfolgt rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der ständige Wohnsitz verlegt wird. Dem Versicherungsnehmer steht ein ausserordentliches Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 4 zu.

§ 12 Ansprüche gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Er-

stattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen (siehe § 2 Abs. 1 und 2).

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungs pflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel des § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 21 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Personen, haben die versich-

cherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb dreier Monate nach Beendigung der Versicherung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Umstellung in Tarife nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren bei Vollendung des 65. Lebensjahres / 67. Lebensjahres

Das Versicherungsverhältnis wird zum Ersten des auf die Vollendung des 65. Lebensjahres, bei geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen des 67. Lebensjahres, folgenden Monats in nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierte Tarife umgestellt, die dem Leistungsumfang des bisherigen Versicherungsverhältnisses vergleichbar sind. Die Umstellung erfolgt zum Eintrittsalter 65 Jahre, bei geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen 67 Jahre, und umfasst auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die diesen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierten Tarifen zugrunde liegen. Dem Versicherungsnehmer steht ein außerordentliches Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 4 zu.

§ 16 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Liegt ein Ehescheidungs Urteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertragsteile als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 18 Umstellungsrecht in Tarife nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit zum Ersten eines künftigen Monats die Umstellung des Versicherungsverhältnisses in nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierte Tarife verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherbarkeit erfüllt. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umstellung erfolgt dann zu dem zum Umstellungstermin bestehenden Alter des Versicherten und umfasst auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die diesen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierten Tarifen zugrunde liegen.

§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 20 Gerichtsstand

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

§ 21 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV 2017) und die Tarife den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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 Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten

Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er 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 Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

Auslandsversicherung

Tarif V09 / Tarif V80

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

1. stationäre Heilbehandlung einschließlich privatärztlicher Behandlung

100 % des Rechnungsbetrages für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.

2. ambulante Heilbehandlung

für ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes; für Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie; für Arzneien, Verbandmittel, Heilmittel; für Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers

im Tarif V09 = 100 % des Rechnungsbetrages bei einem jährlichen Selbstbehalt von EUR 1.320,-

im Tarif V80 = 80 % des Rechnungsbetrages.

Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden.

3. Vorsorgeuntersuchungen

die unter Ziffer 2 genannten Erstattungssätze.

4. Hilfsmittel

Kalenderjährlich bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 130,- je Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelpaar die unter Ziffer 2 genannten Erstattungssätze. Werden Mietkosten in Teilbeträgen geltend gemacht, so erfolgt die Erstattung ebenfalls nach Satz 1. Die über die Grenze von EUR 130,- hinausgehenden Anteile der Rechnungsbeträge werden für kleine Hilfsmittel zur Hälfte, für große Hilfsmittel mit drei Viertel der tariflichen Erstattungssätze vergütet.

5. zahnärztliche Heilbehandlung

die Kosten der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 1.300,- jährlich die unter Ziffer 2 genannten Erstattungssätze. Von den jährlich EUR 1.300,- übersteigenden Rechnungsbeträgen werden 75 % vergütet.

6. Rücktransport (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland. Der medizinisch notwendige Rücktransport nach Deutschland wird auch vom Versicherer organisiert.

Die notwendigen Kosten der Rückholung mitversicherter Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden bis höchstens 5.000 EUR ersetzt, wenn wegen des Rücktransportes der erwachsenen versicherten Person/en die Versorgung der Kinder vor Ort nicht mehr sichergestellt ist.

7. Überführung und Bestattung (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen nach Deutschland bis zu 12.000 EUR.

8. Blutkonserventransport (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn am Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden muss.

Beim Tarif V09 errechnet sich die Vergütung aus den Ziffern 2–5 unter Abzug des jährlichen Selbstbehaltes von EUR 1.320,- je versicherte Person.

Übersteigen beim Tarif V80 die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge aus den Ziffern 2–4 eines Kalenderjahres die Summe von EUR 1.800,- erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die ihren ständigen Wohnsitz ins Ausland verlegen. Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV 2017).

Monatliche Beiträge in EUR (nicht für Personen mit ständigem Wohnsitz in den USA bzw. Kanada)

	Tarif V80		Tarif V09	
Alter	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0–20	145,37	145,37	88,37	88,37
21–40	191,40	191,40	172,94	172,94
41–67	324,06	324,06	320,75	320,75

Monatliche Beiträge in EUR für Personen mit ständigem Wohnsitz in den USA bzw. Kanada

Alter	Tarif V80		Tarif V09	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0 – 20	218,06	218,06	132,56	132,56
21 – 40	287,10	287,10	259,41	259,41
41 – 67	486,09	486,09	481,13	481,13

Assistance-Leistungen (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Für Hilfestellungen bei schwerwiegenden Erkrankungen oder Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 - 99 52 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung von Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.