



Auslandsreise-Krankenversicherung

## **Weltweiter Schutz mit Tarif GAR1**

Allgemeine Versicherungsbedingungen zu  
Gruppenversicherungsverträgen

Stand 1.9.2010

Der Gesundheitsversicherer der **ERGO**

# Produktinformation

## zur Krankenversicherung

### Tarif GAR1

Gruppenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die von Ihnen beantragte Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag, dem Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

#### 1. Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die beantragte Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.

#### 2. Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?

Tarif	Tarifbeschreibung für die im Antrag bezeichnete Person
GAR1	<b>Weltweit gültige Auslandsreise-Krankenversicherung für Privat- und Geschäftsreisen bis zu 365 Tagen</b> Ambulante Heilbehandlung 100%, stationäre Heilbehandlung 100%, schmerzstillende Zahnbehandlung 100%, Hilfs- und Heilmittel, Krankentransport, Rückführung

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« (§ 1 AVB), »Umfang der Leistungspflicht« (§ 3 AVB), »Einschränkung der Leistungspflicht« (§ 4 AVB) und »Auszahlung der Versicherungsleistungen« (§ 5 AVB) nach.

#### 3. Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Monatsbeitrag für den beantragten Versicherungsschutz	siehe Gruppenvertrag
Zahlungsweise	Einmalbeitrag
Erstmals zum Versicherungsbeginn	siehe Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag

Der Beitrag wird bei Anmeldung der versicherten Person zum Gruppenvertrag fällig. Den Zeitpunkt der Beitragszahlung bestimmt der Gruppenvertrag. Versicherungsschutz besteht nur bei vollständiger Zahlung des Beitrages.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beitragszahlung« (§ 6 AVB) nach.

#### 4. Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht z. B. für Krankheiten und Unfallfolgen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht sind oder auf Vorsatz beruhen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Einschränkung der Leistungspflicht« (§ 4 AVB) nach.

#### 5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Keine

#### 6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Keine

#### 7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Beispielsweise ist uns auf Anforderung jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen« (§ 7 AVB) nach.

#### 8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn und nicht vor Ausreise aus Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise nach Deutschland, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§ 2 AVB) nach.

#### 9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann nach den im Gruppenvertrag geregelten Bestimmungen beendet werden.

# Kundeninformation

## zur Krankenversicherung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

### Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Aachener Straße 300  
50933 Köln  
weitere Postanschrift: 10963 Berlin, Stresemannstr. 111  
Sitz: Köln, Aktiengesellschaft HRB570, Amtsgericht Köln

### Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Günter Dibbern, Vorsitzender;  
Rolf Bauernfeind, Jürgen Lang, Dr. Jochen Messemer,  
Dr. Hans Josef Pick  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

### Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

### Angaben zum Garantiefonds

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG gehört einem Insolvenzschutzfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV Deutsche Krankenversicherung AG sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln wahrgenommen.

### Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen.

### Zahlungsmodalitäten

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den im Gruppenvertrag vereinbarten Regelungen.

### Zustandekommen des Vertrages

Die Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag muss der DKV Deutsche Krankenversicherung AG innerhalb des im Gruppenvertrag vereinbarten Zeitraums ordnungsgemäß ausgefüllt zugehen. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im vereinbarten Verfahren. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn (= Versicherungsbeginn kann nur der erste Tag des Auslandsaufenthaltes sein), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn des Aufenthaltes im Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

### Widerrufsrecht

Die Widerrufsrechtsbelehrung inklusive Rechtsfolgen entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag.

### Versicherungsdauer

Auslandreise-Krankenversicherungen nach dem Tarif GAR1 werden für die Dauer von maximal 365 Tagen abgeschlossen (§ 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

### Vertragsbeendigung

Das Versicherungsverhältnis endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der vereinbarten Höchstversicherungsdauer von maximal 365 Tagen bzw. mit Ende des Gruppenvertrages.

### Nachleistungspflicht

Die Nachleistungspflicht für Versicherte, die während eines laufenden Versicherungsfalles aus der Gruppenversicherung ausscheiden, richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

### Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Beschwerden können gerichtet werden an:

- die DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
- den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, oder
- die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung, Tarif GAR1

## § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet bei Aufhalten im Ausland Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse.

Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (s. §§ 1 (3), 3) werden die dort entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlungen ersetzt bzw. sonst vereinbarte Leistungen (z.B. Rückführung, vgl. § 3 Abs. 4a) erbracht.

Für Aufenthalte zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

(3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 3). 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 der Tod einer versicherten Person sowie Geburt und Schwangerschaft, sofern diese nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes festgestellt war.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen, dem Gruppenvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

## § 2 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Die Anmeldung zum Gruppenvertrag erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Die Versicherung gilt für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit einer Höchstdauer von 365 Tagen. Nach Ablauf dieser Höchstversicherungsdauer ist für den andauernden Auslandsaufenthalt eine erneute Anmeldung zum Gruppenvertrag nicht zulässig.

(2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes einer versicherten Person. Für den gleichen Auslandsaufenthalt ist eine Kombination mehrerer Tarife der Auslandsreise-Krankenversicherung, auch mit denen anderer Versicherer, nicht zulässig. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

(3) Wird ein länger als drei Monate dauernder Auslandsaufenthalt kurzfristig unterbrochen, besteht auch in Deutschland Versicherungsschutz für bis zu insgesamt vier Wochen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Behandlung in Deutschland der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes war.

Besteht Versicherungsschutz in Deutschland, sind im Rahmen des § 3 anfallende ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland sind lediglich die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Dazu zählen u. a. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. §§ 2 Abs. 2, 7 ff. Krankenhausentgeltgesetz bzw. Pflegesätze (§ 2 Abs. 2 i.V.m. § 10 Bundespflegesatzverordnung), vor- und nachstationäre Behand-

lung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme. Belegärztliche Leistungen sind nur bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig.

Die Behandlung durch Heilpraktiker ist nicht versichert.

(4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise nach Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung nach § 2 Abs. 3 vorliegt, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.

(5) Ist eine im versicherten Zeitraum begonnene Behandlung nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer noch nicht beendet und kann die versicherte Person deshalb nicht zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

(6) Wird einer nach diesem Tarif versicherten Person während der Versicherungsdauer ein Kind geboren, so kann dieses ab Geburt bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der versicherten Person ebenfalls nach diesem Tarif versichert werden. § 2 Abs. 2 gilt insofern nicht.

Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

## § 3 Umfang der Leistungspflicht

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

### (1) Ambulante Heilbehandlung

Die Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel,  
die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden,
- Heilmittel,  
das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden,
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall,

werden zu 100 % ersetzt.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei.

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

### (2) Stationäre Heilbehandlung

Die Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen, einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung;
- einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste,

werden zu 100 % ersetzt.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Die Einschaltung des Notruf-Service ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich.

### (3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Die Aufwendungen für schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich sowie für Zahnfüllungen mit plastischem Material werden zu 100% ersetzt.

Außerdem werden die Aufwendungen für

- a) provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie
  - b) Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz
- zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250 EUR ersetzt.

Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten frei.

#### (4) Sonstige Leistungen

##### a) Rückführung

Bei einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland werden die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr nach Deutschland zusätzlich entstehen – ersetzt, wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (vgl. § 5 Abs. 3d)). Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen werden zu 100% ersetzt, wenn vor Durchführung der Rückführung beim Versicherer bzw. bei dessen Notruf-Service eine Leistungszusage eingeholt wird. Sofern vor Durchführung der Rückführung keine Leistungszusage eingeholt wird, werden die nachgewiesenen Mehrkosten der Rückführung zu 80% ersetzt.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit werden die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 EUR ersetzt, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif GAR 1 unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

##### b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, werden die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000 EUR ersetzt.

##### c) Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland kann zwischen dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld von 25 EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes gewählt werden.

##### d) Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so werden die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person zu 100% ersetzt.

##### e) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Versicherer bzw. dessen Notruf-Service entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 EUR erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung nach § 3 Abs. 2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach § 3 Abs. 4 a) anfallen.

#### § 4 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für:

- a) Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Aufenthalt waren;

- b) Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

- c) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;

- e) für Entzugs-, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen;

- f) psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten;

- g) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Versicherungsbeginn bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen besteht dann Versicherungsschutz, wenn das Kind gemäß § 2 Abs. 6 ebenfalls versichert wird;

- h) Vorsorgeuntersuchungen, auch während einer versicherten Schwangerschaft

- i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

- j) Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

- l) Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays (vgl. aber § 3 Abs. 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 sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### § 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen soll innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Versicherungsfalles geltend gemacht werden.

(2) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen

Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfang der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:

- a) Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen. Wurde die Originalrechnung einem anderen Krankenversicherer zur Erstattung vorgelegt, genügt ein Duplikat mit Erstattungsvermerk.
- b) Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
- c) Rezepte sind mit den dazugehörigen Arztrechnungen, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach § 3 Abs. 3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten bzw. provisorisch ersetzten Zähne und jeweils vorgenommenen Leistungen tragen.

- d) Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.

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

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

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

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(8) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen. Eventuell hierfür entstehende Kosten trägt der Versicherungsnehmer.

## § 6 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Er wird bei Anmeldung der jeweiligen versicherten Personen zum Gruppenvertrag fällig. Den Zeitpunkt der Beitragszahlung bestimmt der Gruppenvertrag.

Der Versicherungsschutz für die jeweils versicherte Person wird nur bei vollständiger Zahlung des Einmalbeitrages zur Verfügung gestellt.

(2) Der Beitrag wird pro Tag berechnet und richtet sich nach der Aufenthaltsdauer. Die Höhe des Beitrages ist im Gruppenvertrag geregelt.

(3) Steht ein Auslandsaufenthalt mit einem vorhergehenden in einem inneren Zusammenhang und liegen zwischen den Aufenthalten weniger als drei Monate, werden zur Ermittlung des Beitrages pro Tag für den jetzt zu versichernden Aufenthalt die Zeiten der Aufenthalte zusammengerechnet. Von einem inneren Zusammenhang ist in der Regel auszugehen, wenn die Reisen in das gleiche Land führen oder dem gleichen Zweck dienen. Die Gesamtversicherungsdauer darf hierbei jedoch 365 Tage ebenfalls nicht überschreiten.

## § 7 Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht oder ihres Umfangs erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen

Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.

(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) Der Versicherer ist ansonsten mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 8 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## § 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, 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 haben 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 der Versicherer infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 10 Aufrechnung

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

## § 11 Gerichtsstand

Gegen den Versicherer gerichtete Klagen können bei dem Gericht an dem Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder dessen gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an dem Sitz des Versicherers in Köln anhängig gemacht werden.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem diese ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen den gewöhnlichen Aufenthalt haben.

# Anhang

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 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.

### § 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

### § 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.

## Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz-LPartG)

### § 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder 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.

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

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

Telefon 0 18 01 / 358 100

(3,9 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

Telefax 0 18 05 / 786 000

(14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

service@dkv.com, www.dkv.com