

Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung Reisen nach Deutschland (R78)

In der Krankenversicherung Reisen nach Deutschland (R78) bieten wir Versicherungsschutz für in Deutschland eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen in Deutschland und erbringen weitere Leistungen.

Teil A - Leistungen

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

	Seite
1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang..	1
1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz	1
1.2 Aufwendungsersatz bei Heilbehandlung und Krankentransporten	1
1.3 Aufwendungsersatz bei Rücktransport und Überführung	3
2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.....	3
3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger.....	4

Teil B - Ihre Pflichten

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

	Seite
1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung.....	5
2. Obliegenheiten	5
3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns....	5

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes.....	7
2. Abschluss und Ende des Vertrags.....	7
3. Deutsches Recht und Vertragssprache	7
4. Zuständiges Gericht	7
5. Verjährung	7
6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	7

Teil A - Leistungen

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

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen in Deutschland eintretender Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch

- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen vor Reiseantritt unvorhersehbarer Schwangerschaftsbeschwerden,
- medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und die Entbindung wegen vor Reiseantritt unvorhersehbarer Früh- und Fehlgeburten sowie
- notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

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

1.1.2 Welche persönlichen Eigenschaften sind Voraussetzung für den Versicherungsschutz?

(1) Erforderliche Eigenschaften bei Abschluss der Versicherung (Aufnahmefähigkeit)

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden,

- die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht 70 Jahre alt sind und
- deren ständiger Wohnsitz außerhalb von Deutschland liegt.

(2) Kein Versicherungsschutz bei Fehlen der erforderlichen Eigenschaften

Wer die in Absatz 1 genannten Eigenschaften nicht erfüllt, genießt keinen Versicherungsschutz, auch wenn Beiträge gezahlt worden sind. Wir können Nachweise darüber verlangen, dass die erforderlichen Eigenschaften vorliegen.

1.1.3 Wie lange besteht der Versicherungsschutz?

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Der Versicherungsschutz beginnt nach der Regelung Teil C Ziffer 1 und besteht während der vereinbarten Vertragsdauer (siehe Teil C Ziffer 2).

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag endet.
- mit dem Ende des Deutschlandaufenthalts.

(2) Verlängerte Leistungspflicht bei Behandlungen in Deutschland

Wenn eine in Deutschland begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über die vereinbarte Vertragsdauer (siehe Teil C Ziffer 2) für längstens 4 Wochen hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

1.1.4 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.1.5) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

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

1.1.5 Welche Nachweise sind erforderlich?

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.1.4 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

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

1.1.6 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie. Der Überbringer des Versicherungsscheins mit ordnungsgemäßen Belegen gilt jedoch ebenfalls als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt und wir können statt an Sie an ihn leisten. Wenn wir aber begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.1.7 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Folgende Kosten müssen Sie tragen:

- Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen, sofern diese auf ein Konto außerhalb von Deutschland überwiesen werden,
- Kosten für Übersetzungen.

Diese Kosten ziehen wir von unseren Leistungen ab. Wenn die Kosten in einer Fremdwährung entstanden sind, rechnen wir sie zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen.

1.2 Aufwendersatz bei Heilbehandlung und Krankentransporten

Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland - mit Ausnahme der Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie mit Ausnahme von Hypnose und von Psychotherapie - bieten wir Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 1.2.6.

1.2.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den in Deutschland niedergelassenen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen

Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden juristischen Personen in Deutschland sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes physikalisch-medizinische Leistungen, Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und

- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

(3) Auswahl von Krankenhäusern

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

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

1.2.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

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

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

1.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für ärztliche Leistungen

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

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

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

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen

- für Verbandmaterialien und
- zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, wenn sie ärztlich verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

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

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

Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Absatz 1. Zusätzlich gilt:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für in Deutschland übliche Kosten für

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie),
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,

- Wärmebehandlung,
- Elektrotherapie,
- Lichttherapie sowie
- medizinische Bäder,

wenn sie von einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten in Deutschland erbracht werden und ärztlich verordnet worden sind.

1.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?

(1) Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen

a) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen

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

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

b) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankentransporte

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig sind,
- medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 Kilometer.

(2) Krankenhäuser, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen

a) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen

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

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

b) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft im Drei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspfllege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

c) Aufwendungen für Krankentransporte

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 Kilometer.

1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

(1) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
 - notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie
 - Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen) und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen,
- die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

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

(2) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen nach Absatz 1 ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt höchstens 250 Euro pro versicherte Person begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

1.2.6 Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

Pro versicherte Person und Versicherungsfall ist eine Selbstbeteiligung von 50 Euro vereinbart.

Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen nach den Ziffern 1.2.3 bis 1.2.5, indem wir

- die erstattungsfähigen Aufwendungen ermitteln und
- von den sich dafür ergebenden Beträgen insgesamt 50 Euro Selbstbeteiligung abziehen.

1.3 Aufwendungsersatz bei Rücktransport und Überführung

Bei Aufwendungen für einen Rücktransport oder eine Überführung bieten wir Versicherungsschutz nach folgenden Regelungen:

1.3.1 Welche Mehraufwendungen ersetzen wir für einen Rücktransport?

Wir ersetzen Mehraufwendungen für den Rücktransport der versicherten Person nach den Absätzen 1 und 2. Mehraufwendungen sind Rücktransportkosten, die - weil der Versicherungsfall eingetreten ist - zusätzlich zu den Kosten der ursprünglich geplanten Rückreise entstehen.

(1) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Mehraufwendungen für einen Rücktransport der versicherten Person

- an den ständigen, vor Einreise nach Deutschland vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus.

Der Aufwendungsersatz setzt voraus, dass nach ärztlichem Befund eine stationäre Heilbehandlung, für die Leistungspflicht nach diesem Tarif besteht, voraussichtlich länger als 14 Tage dauern wird.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

(2) Versicherter Höchstbetrag

Unsere Leistungspflicht ist pro Rücktransport auf höchstens 500 Euro begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

1.3.2 Welche Aufwendungen für eine Überführung ersetzen wir?

(1) Versicherte Leistungen

Wenn die versicherte Person während der Deutschlandreise stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Einreise nach Deutschland vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

(2) Versicherter Höchstbetrag

Unsere Leistungspflicht ist auf höchstens 5.000 Euro begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

- a) bei Aufenthalten außerhalb von Deutschland.
 - b) bei Behandlungen in Deutschland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
 - c) für Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Deutschlandreise für Sie oder die versicherte Person bereits vor Reiseantritt vorhersehbar war. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person die Deutschlandreise wegen des Todes ihres Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen hat.
 - d) bei Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.
- Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.
- e) bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.
 - f) bei Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.
 - g) bei Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
 - h) bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.
 - i) bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
 - j) bei Rehabilitationsmaßnahmen.
 - k) bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn dort während eines vorübergehenden Aufenthalts eine Heilbehandlung
 - wegen einer Erkrankung, die unabhängig vom Aufenthaltszweck ist, oder
 - wegen eines dort eingetretenen Unfallsnotwendig wird.
 - l) bei Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.
 - m) für Hilfsmittel.

n) für

- Neuanfertigungen von Inlays (Einlagefüllungen), Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten,
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie),
- die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

o) für kieferorthopädische Behandlungen.

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

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder

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

3. Rangverhältnis bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

3.1 **Wie ist das Rangverhältnis der Leistungen, wenn Sie auch eine andere Versicherung in Anspruch nehmen können?**

Wenn Sie im Versicherungsfall auch aus einer Versicherung mit einem anderen Versicherer eine Leistung beanspruchen können, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor (Subsidiarität). Es steht Ihnen jedoch frei, welchem Versicherer Sie den Versicherungsfall melden. Wenn Sie uns den Versicherungsfall melden, werden wir im Rahmen unserer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

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

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die versicherte Person im Versicherungsfall

- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

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

Teil B - Ihre Pflichten

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

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

1.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Einmaliger Versicherungsbeitrag

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie in einem einmaligen Beitrag zahlen. Der einmalige Beitrag ergibt sich aus der Beitrags-tabelle (siehe Anhang) und hängt von der vereinbarten Reisedauer ab. Eine Rückzahlung nicht verbrauchter Beiträge bei vorzeitigem Reiseabbruch erfolgt nicht.

(2) Fälligkeit des Versicherungsbeitrags

Der einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Ver-trags in einer Summe zu zahlen, jedoch nicht vor dem in Annahme-erklärung und Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versi-cherungsbeginn).

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschrift-mandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Text-form (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

1.2 Was gilt, wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes

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

Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 1.1 Absatz 2 zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frü-hestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir unter den in § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genann-ten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten.

2. Obliegenheiten

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

(1) Erteilung von Auskünften

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

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

(2) Ärztliche Untersuchung

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

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverlet-zungen?

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

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

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

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

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

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ih-rer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Obliegenheiten müs-sen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

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

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprü-chen

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

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

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Abweichend von Ziffer 2.2 gilt bei Verletzung der Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer

Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

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

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen

Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person

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

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in Annahmeerklärung und Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn Sie den einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 1.1 Absatz 2 zahlen. Wenn Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 1.2 Absatz 1).

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor

- Absendung (Datum des Poststempels) der vollständig ausgefüllten Annahmeerklärung
- und nicht vor Einreise nach Deutschland.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Wenn die Annahmeerklärung nach Beginn der Deutschlandreise abgesendet wird, besteht für diese Deutschlandreise kein Versicherungsschutz.

2. Abschluss und Ende des Vertrags

Wie kommt der Vertrag zustande und wann endet er?

(1) Vertragsabschluss

Sie müssen den Versicherungsvertrag vor Einreise nach Deutschland und für die gesamte Vertragsdauer abschließen. Der Vertrag kommt zu dem Zeitpunkt zustande, zu dem uns die vollständig ausgefüllte Annahmeerklärung zugeht. Die Annahmeerklärung muss auf unseren dafür vorgesehenen gültigen Formularen (Übersweisungs- und Annahmевordruck) abgegeben werden.

(2) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die vereinbarte Dauer der Deutschlandreise geschlossen (Vertragsdauer) und kann nur für mindestens 5 Tage und höchstens 365 Tage vereinbart werden. Er endet für die versicherte Person mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. Sie können die vereinbarte Vertragsdauer nicht verlängern.

3. Deutsches Recht und Vertragssprache

Welches Recht und welche Vertragssprache gelten für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht. Jedwede Kommunikation zum Versicherungsvertrag erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

4. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

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

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

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

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

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

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

5. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

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

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

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

6. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Anhang: Beitragstabelle

Pro Tag beträgt der Beitrag für die Krankenversicherung Reisen nach Deutschland (R78)

für jede versicherte Person

bei einer Reisedauer	Beitrag pro Tag in Euro
von 1 bis 31 Tagen	1,20
von 1 bis 62 Tagen	1,50
von 1 bis 93 Tagen	1,85
von 1 bis 365 Tagen	2,05