Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV Reise (kurz: FRP01B) - Gruppenversicherung

Inhalt

1. Versicherte Leistungen 1

1.1 Leistungserbringer 1
1.2 Versicherte Reisen 1
1.3 Ambulante Behandlungen 1
1.4 Behandlungen im Krankenhaus 2
1.5 Zahnmedizinische Behandlungen 2
1.6 Rücktransporte 2
1.7 Überführung aus dem oder Bestattung im Ausland 2
1.8 Spezielle Services 2
1.9 Leistungsausschlüsse und -reduzierung 3
1.10 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung 3
1.11 Umfang des Versicherungsschutzes 4

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 4

2.1 Kostenbegriff 4
2.2 Zeitpunkt der Kosten 4
2.3 Recht auf Leistungen 4
2.4 Nachweise, damit wir zahlen können 4
2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen 4

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten 5

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können 5

5. Beitrag und Beitragsänderungen 5

5.1 Beitragszahlung 5
5.2 Beitragsänderungen 5

6. Weitere Vertragsänderungen 5

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung 5
6.2 Versicherung von Kindern 5
6.3 Änderung der Vertragsbedingungen 6

7. Vertragsende und Fortsetzung 6

7.1 Vertragsdauer 6
7.2 Kündigung 6
7.3 Sonstiges Vertragsende 6
7.4 Fortsetzung 6

8. Sonstige Regelungen 6

8.1 Auskunft und Offenlegung 6
8.2 Ausländisches Geld 7
8.3 Kosten, die wir abziehen können 7
8.4 Verrechnung von Zahlungen 7
8.5 Erklärung "Versicherungsjahr" 7
8.6 Deutsches Recht 7
8.7 Beschwerdemöglichkeiten 7

1. Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinische notwendige Leistungen und Gegenstände.

1.1 Leistungserbringer

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Reiseland zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Wenn Sie im Krankenhaus behandelt werden müssen, müssen Sie ein Krankenhaus in Anspruch nehmen, das alle diese Voraussetzungen erfüllt: • Es ist am nächsten erreichbar und für Ihre Behandlung geeignet. • Es ist im Reiseland allgemein als Krankenhaus anerkannt. • Es hat eine ständige ärztliche Leitung.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.

1.2 Versicherte Reisen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsreise	Wir zahlen bei Auslandsreisen. Als Auslandsreisen gelten nicht Reisen in Deutschland sowie Reisen in dem Land, in dem Sie wohnen. Versichert sind nur Reisen, die Sie nach dem Versicherungsbeginn antreten.	
Dauer	Sie sind während der ersten 8 Wochen (56 Tage) jeder Auslandsreise versichert. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich bedingt wieder zurückreisen können.	

1.3 Ambulante Behandlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen. Dazu gehören auch die notwendigen Reisekosten des Arztes.	
Arznei- und Verbandmittel - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • Arzneimittel. • Verbandmittel. Wir erstatten auch die Kosten für medikamentenähnliche Nährmittel.	Diese Mittel müssen von einem versicherten Leistungserbringer verordnet sein. Zudem müssen Sie Arzneimittel bei einer Stelle kaufen, die diese mit amtlicher Erlaubnis vertreibt (etwa Apotheke). Das Nährmittel erstatten wir nur, wenn Sie es aus medizinischen Gründen benötigen, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.
Heilmittel - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • Inhalationen. • Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Logopädie und Ergotherapie). • Massagen. • Hydrotherapie und Packungen. • Wärmebehandlungen. • Elektrotherapie. • Lichttherapie.	Das Heilmittel muss ein in eigener Praxis tätiger Arzt erbringen. Wir zahlen auch die Behandlung durch einen staatlich anerkannten Physiotherapeuten, wenn sie ärztlich verordnet ist.

	• medizinische Bäder.	
Transporte - 100 Prozent	Wir erstatten die Kosten, wenn Sie zur Erstversorgung beim Arzt oder im Krankenhaus transportiert werden müssen.	Der Arzt oder das Krankenhaus müssen am nächsten erreichbar sein.

1.4 Behandlungen im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen.	
Transporte - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für die Krankenhaus-Leistungen einschließlich: • Krankenpflege. • Unterkunft. • Verpflegung.	
Transporte - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten, wenn Sie ins Krankenhaus transportiert werden müssen.	Das Krankenhausmuss am nächsten erreichbar und für Ihre Behandlung geeignet sein.

1.5 Zahnmedizinische Behandlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zahnbehandlung und Zahnersatz-Reparaturen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • schmerzstillende Zahnbehandlung. • Füllungen in einfacher Ausführung. • Reparaturen von Inlays und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen.	

1.6 Rücktransporte

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Rücktransporte - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten, wenn Sie aus dem Reiseland an Ihren Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus transportiert werden müssen. Wir ziehen die ursprünglichen Rückreise-Kosten nicht ab.	Soweit es medizinisch möglich ist, müssen Sie das kostengünstigste Transportmittel nehmen.

1.7 Überführung aus dem oder Bestattung im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Überführung oder Bestattung - 100 Prozent.	Beim Tod im Ausland erstatten wir die unmittelbaren Kosten für die Überführung an den Wohnort. Als Wohnort gilt, wo Sie sich vor der Auslandsreise gewöhnlich aufgehalten haben. Wir ziehen die ursprünglichen Rückreise-Kosten nicht ab. Bei Bestattung im Ausland erstatten wir die unmittelbaren Kosten dafür.	

1.8 Spezielle Services

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Spezielle Services	Im Versicherungsfall erhalten Sie auf Wunsch diese Services:	

	• Wir sind das ganze Jahr 24 Stunden pro Tag telefonisch für Sie erreichbar. • Wir nennen Kliniken im Ausland. • Bis zu 10.000 Euro garantieren wir dem Kran-kenhaus, was wir zahlen. Wir über-weisen direkt an das Krankenhaus und seine Ärzte. • Wir versenden Medikamente und Blutkon-serven. • Wir organisieren Ihren Kranken-Rück-transport. • Im Todesfall organisieren wir das Nötige, damit Sie im Ausland bestattet oder nach Hause über-führt werden.	

1.9 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Reisen zum Zweck der Be-handlung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ins Ausland rei-sen, um sich dort auch untersuchen und be-handeln zu lassen.	
Vorhersehbare Behandlungen oder Untersuchungen	Wir leisten nicht, wenn Sie behandelt oder untersucht werden und das nach ärztlicher Diagnose vor der Reise vorhersehbar war. Wir leisten aber, wenn Sie ins Ausland rei-sen, weil dort Ihr Ehe- oder Lebenspartner, einer Ihrer Eltern oder Ihr Kind gestorben ist.	
Geistige und seelische Er-krankungen	Wir zahlen keine Behandlungen wegen geis-tiger oder seelischer Störungen und Erkran-kungen. Wir zahlen auch keine Hypnose und Psychotherapie.	
Innere Unruhen oder Krieg	Wir zahlen nicht, wenn Sie an inneren Unru-hen aktiv teilnehmen und dadurch oder durch vorhersehbare Kriegsereignisse ver-letzt werden oder sterben. Wir zahlen aber, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Be-ginn der Reise nicht gewarnt hat.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse.
Entwöhnung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen einer Entwöhnung behandelt werden.	Eine Entwöhnung ist eine Behandlung, die darauf abzielt, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder ande-re Suchtmittel zu lösen.
Kur, Sanatoriums-Behandlung und Reha	Wir zahlen keine Kur- und Sanatoriums-Be-handlung. Wir übernehmen auch keine Reha-Maßnah-men.	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Er-haltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).
Behandlung in einem Heilbad oder Kurort	Wenn Sie in einem Heilbad oder Kurort be-handelt werden, zahlen wir nur, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist: • Sie erkranken akut oder werden wegen ei-nes dort eingetretenen Unfalls behandelt. • Sie werden zahnärztlich behandelt.	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen an-gemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heil-behandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

1.10 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung bei Krankheit oder Unfallfolgen im Ausland sowie weitere Versicherungs-fälle	Damit wir leisten, müssen Sie im Ausland krank werden oder verunfallen. Sie befinden sich deswegen in einer Heilbehandlung, die medizinisch notwendig ist.	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behand-lungserfolg. Und sie ist erforderlich. Bei-des muss man zum Zeitpunkt der Be-handlung bejahen können - nach objekti-

	Wir leisten auch in diesen Fällen: • Sie werden wegen Schwangerschaftsbeschwerden, die vor der Reise nicht vorhersehbar waren, medizinisch notwendig untersucht oder behandelt. • Sie werden wegen einer Früh- oder Fehlgeburt, die vor der Reise nicht vorhersehbar war, medizinisch notwendig untersucht, behandelt oder von Ihrem Kind entbunden. • Es wird ein Schwangerschafts-Abbruch wegen eines Notfalls durchgeführt. • Tod.	ven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen. Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zu-sammenhängt.	

1.11 Umfang des Versicherungsschutzes

1.11.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Für Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes leisten wir nicht.

1.11.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus
- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.11.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Untersuchungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:
- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit.
- Art der Leistungen.
- Behandlungs- oder Kaufdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kos-tenträger abtreten, soweit wir zahlen.

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5. Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Wenn diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, überprüfen wir den Beitrag und passen diesen, soweit erforderlich, an. Das gilt nicht, wenn sich die Versicherungsleistungen nur vorübergehend verändern.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6. Weitere Vertragsänderungen

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung

6.1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung kann in diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, vereinbart werden:
- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt ("Sabbatical").

6.1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:
- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7. Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Vertragsdauer

Der Vertrag läuft immer ein Versicherungsjahr. Wenn er nicht gekündigt wird, verlängert er sich jeweils um ein neues Versicherungsjahr. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.2 Kündigung

7.2.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Eine Kündigung muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erklärt werden. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wird eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.2.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

7.2.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:
- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.2.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.3 Sonstiges Vertragsende

7.3.1 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.3.2 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.4 Fortsetzung

7.4.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

Wenn nach der Einzelversicherung nur Personen versicherbar sind, die bei uns eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) abgeschlossen haben, gilt diese Voraussetzung bei der Fortsetzung nicht.

7.4.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn nach der Einzelversicherung nur Personen versicherbar sind, die bei uns eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) abgeschlossen haben, gilt diese Voraussetzung bei der Fortsetzung nicht.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8. Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung "Versicherungsjahr"

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

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.7.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.7.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.7.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.