

Mit diesem Informationsblatt erhalten Sie einen Überblick über die angebotene Reise-Krankenversicherung. Diese Informationen sind allerdings nicht abschließend. **Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:**

- **Versicherungsantrag,**
- **Versicherungsschein,**
- **Allgemeine Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen für den von Ihnen gewählten Tarif, die wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zur Verfügung stellen.**

Bitte lesen Sie alle Unterlagen durch, damit Sie umfassend informiert sind.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Reise-Krankenversicherung an, die Leistungen bei Urlaubsreisen ins Ausland vorsieht. Je nach gewähltem Tarif kann auch Versicherungsschutz für dienstliche Reisen ins Ausland und für Inlandsreisen enthalten sein.



Was ist versichert?

Versichert sind bei Auslandsreisen zum Beispiel:

- ✓ ambulante und stationäre Heilbehandlung
- ✓ Arznei- und Verbandmittel
- ✓ Heilmittel (z. B. Krankengymnastik nach einem Unfall)
- ✓ Hilfsmittel
- ✓ Zahnbehandlung
- ✓ Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz
- ✓ Rücktransport
- ✓ Kosten für Überführung aus dem Ausland

Versichert sind bei Inlandsreisen unter bestimmten Voraussetzungen zum Beispiel:

- ✓ Kosten für Überführung bis zu 600 EUR
- Den vereinbarten Leistungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt.
- In den letzten drei Monaten vor Antritt der Reise behandelte Krankheiten in folgenden Fällen:
- ✗ Reisen, die die versicherte Person vornimmt, um sich im Ausland behandeln zu lassen.
 - ✗ Behandlungen, bei denen bei Reisebeginn feststand, dass sie während der Reise stattfinden mussten.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Deckung ist zum Beispiel in den folgenden Fällen eingeschränkt:

- ! Es sind nicht alle Hilfsmittel versichert. Sehhilfen und Hörgeräte sind nicht versichert.
- ! Neuer Zahnersatz ist nicht versichert. Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sind hingegen versichert.
- ! Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht versichert.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Reise-Krankenversicherung bietet Ihnen bei Urlaubsreisen weltweit Versicherungsschutz. Je nach gewähltem Tarif kann zudem auch Versicherungsschutz für dienstliche Reisen ins Ausland (weltweit) und für Inlandsreisen enthalten sein.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Machen Sie im Versicherungsantrag wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung hinderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Reise-Krankenversicherung (Jahresvertrag):
Der Versicherungsbeitrag ist jährlich zu zahlen. Der erste Beitrag ist mit dem im Online-Antrag angegebenen Versicherungsbeginn fällig. Den Beitrag buchen wir jeweils zum Fälligkeitstermin von dem im Online-Antrag angegebenen Konto ab.
- Reise-Krankenversicherung (Vertrag für die einzelne Reise):
Der Versicherungsbeitrag wird als Einmalbeitrag für die gesamte Versicherungsdauer fällig. Er ist bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Als Zahlungsart ist nur der Beitragsabruf möglich.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz für eine Reise-Krankenversicherung beginnt mit dem im Online-Antrag vermerkten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Antritt der jeweiligen Reise.
- Er endet für eine Reise-Krankenversicherung (Jahresvertrag) mit dem Ende der Reise, spätestens jedoch acht Wochen nach Reisebeginn.
- Er endet für eine Reise-Krankenversicherung für die einzelne Reise mit dem Ende der Reise, spätestens jedoch mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Reise-Krankenversicherungsvertrag (Jahresvertrag) zum Ablauf eines Versicherungsjahres ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- Wir vereinbaren eine Reise-Krankenversicherung für die einzelne Reise für die im Online-Antrag bzw. im Versicherungsschein vermerkte Dauer.
- In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie weitere Einzelheiten zum Thema Kündigung oder Ende des Vertrages, zum Beispiel
 - weil wir die Beiträge erhöhen oder
 - weil Sie den Beitrag nicht zahlen.

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

1. Identität des Versicherers

Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung a. G. in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 3871. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift

Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:

Barmenia Krankenversicherung a. G.,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Eurich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

4. Garantie-/Sicherungsfonds

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

b) Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsleistung wird fällig, sobald der Versicherer die Anspruchsberechtigung festgestellt hat.

6. Gesamtpreis der Versicherung

Den Gesamtpreis für die Versicherung(en) können Sie dem Onlineantrag entnehmen.

7. Steuern, Gebühren oder Kosten

Mit Ausnahme einer bei nicht vereinbarungsgemäßer Beitragszahlung möglichen Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

11. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

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

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Telefax: 0202 438-3244,
E-Mail: vertrag-kranken@barmenia.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den

Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

12. Laufzeit

Einzelheiten zur Laufzeit sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung

Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

14. Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache

Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 17 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung erfolgt in Deutsch.

16. Versicherungsombudsmann

Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.

Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Versicherungsunternehmen" - einen so genannten Code of Conduct - aufgestellt und mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Die Barmenia-Unternehmen sind diesem Code of Conduct zum 01.04.2013 beigetreten und haben sich damit zu seiner Einhaltung verpflichtet.

Den vollständigen Wortlaut der Verhaltensregeln können Sie unter www.datenschutz.barmenia.de nachlesen.

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 08:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

(Der Text beruht auf der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung die 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt wurde)

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogenen Daten für die Barmenia Krankenversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt.

Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung a. G., Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/ 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem

Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung a. G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Anlage: Liste zu 1.

Barmenia-Unternehmen, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal ▪ Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal ▪ Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal 	
Partner	Aufgabe(n) des Dienstleisters
Ärzte u. a.	Beratung in medizinischen Fragestellungen, Erstellung von Gutachten
Anycare GmbH Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart	Disease-Management-Programme
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI) 1300 Concord Terrace, Suite 300 Sunrise, Florida 33323 USA	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
IMB Consult GmbH Amtmann-Ibing-Straße 10, 44805 Bochum	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
Indento GmbH Ruhrallee 191, 45136 Essen	Zahnmedizinisches Management
International SOS Emergency Services (Deutschland) GmbH Hugenottenallee 167, 63263 Neu-Isenburg	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 A, 50968 Köln	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH Michaelisstrasse 24, 20459 Hamburg	Stationäres Leistungsmanagement
PAV CARD GmbH Hamburger Str. 6, 22952 Lütjensee	Erstellung von Versicherungskarten ("Card für Privatversicherte")
Quality Smile GmbH Schloss-Str. 51, 56068 Koblenz	Zahnmedizinisches Management
ROLAND Assistance GmbH Deutz-Kalker Straße 46, 50679 Köln	Disease-Management-Programme und medizinisches Beratungstelefon ("Barmenia-MediLine")
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt Kadipasa Mah. Keykubat Bulvari Seher Yildizi Apt No 6, 07400 Alanya/Antalya/Turkey	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
ViaMed GmbH Motorstraße 52, 70499 Stuttgart	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
IT-Dienstleister	Wartung und Pflege von Hard- und Software

Jahres- Reiseschutzbrief

Tarif Travel	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/Travel)</i>	Der Versicherungsschutz	
<i>Stand 01.01.2017</i>	§ 1 Welche Regelungen gelten für Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?	2
Tarifbezeichnung im Versicherungsschein	§ 2 Wie sind Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages geregelt?	2
Wurde der Tarif Travel für Singles vereinbart, wird er im Versicherungsschein mit der Tarifbezeichnung TRKS ausgewiesen.	§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	2
	§ 4 Was ist im Ausland versichert?	2
Wurde die Tarifstufe Travel family für Familien vereinbart, wird der Tarif Travel im Versicherungsschein mit der Tarifbezeichnung TRKF ausgewiesen.	§ 4a Was ist in der Bundesrepublik Deutschland versichert?	3
	§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?	3
	§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?	3
	§ 6a Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?	3
	§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?	4
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
	§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?	4
	§ 8a Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?	4
	§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	4
	§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?	4
	§ 11 Welche Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen gelten bei Ansprüchen gegen Dritte?	4
	§ 12 Wann können Sie aufrechnen?	4
	Ende der Versicherung	
	§ 13 Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	4
	§ 14 Wann endet das Versicherungsverhältnis?	5
	Sonstige Bestimmungen	
	§ 15 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?	5
	§ 16 Welches Gericht ist zuständig?	5
	§ 17 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	5
	Anhang	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	5

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welche Regelungen gelten für Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?

(1) Bei urlaubs- und beruflich bedingten Reisen bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Wir erbringen, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem eintretenden Versicherungsfall

- a) im Ausland ersetzen wir dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung, zahlen bei dortiger stationärer Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4). Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland;
- b) in der Bundesrepublik Deutschland zahlen wir bei dort notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4a).

(2) Es gelten die Einschränkungen unserer Leistungspflicht nach § 5.

(3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen je Reise innerhalb der Versicherungsdauer (siehe § 7 Abs. 1).

Versicherungsschutz besteht nur für Reisen mit mehr als einer Übernachtung außerhalb des Wohn- oder Arbeitsortes oder wenn die Reise an einen mindestens 100 km vom Wohnort entfernten Ort führt. Wird die Reise vom Arbeitsort aus angetreten, muss der Zielort mindestens 100 km vom Arbeitsort entfernt sein.

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

- a) notwendige ärztliche Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt sowie ein unvorhersehbarer medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch und
- b) Todesfälle (Überführung bzw. Bestattung am Sterbeort).

(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort. Für die versicherte Person besteht während der Dauer ihres

gewöhnlichen Aufenthalts weder in diesem anderen Staat noch in Deutschland (mit Ausnahme der Leistungen gemäß § 4a) Versicherungsschutz.

§ 2 Wie sind Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages geregelt?

(1) Versicherungsfähig sind

- a) Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, d. h. sich überwiegend in Deutschland aufhalten;
- b) Familien, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, d. h. sich überwiegend in Deutschland aufhalten, sofern alle mitversicherten Personen in einem gemeinsamen Haushalt leben und dort gemeldet sind. Weitere Voraussetzung ist, dass das älteste Familienmitglied das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Im Einzelnen sind dies
- Sie als Versicherungsnehmer, sofern Sie mindestens 18 Jahre alt sind,
 - Ihr Ehepartner (auch gleichgeschlechtliche Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz),
 - Ihr Lebenspartner,
 - Ihre Kinder (auch Pflege-, Stief- und Adoptivkinder) und die Kinder (auch Pflege-, Stief- und Adoptivkinder) Ihres Ehe- bzw. Lebenspartners bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sowie
 - Ihre unverheirateten Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung, sofern diese Inhaber eines Schwerbeschäftigtenausweises sind, ohne Altersgrenze und die unverheirateten Kinder Ihres Ehe- bzw. Lebenspartners mit geistiger oder körperlicher Behinderung, sofern diese Inhaber eines Schwerbeschäftigtenausweises sind, ohne Altersgrenze.

(2) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in Deutschland abgeschlossen werden. Er kommt mit Zugang des ordnungsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrages (online) bei uns zu Stande (siehe § 3).

(3) Der Versicherungsvertrag gilt für die Dauer eines Versicherungsjahres. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht rechtzeitig vor dem jeweiligen Ablauftermin von Ihnen oder von uns gekündigt wird (siehe § 13 Abs. 1).

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsantrag vermerkten Beginn (Versicherungsbeginn).

Die Anzahl der versicherten Reisen während der Versicherungsdauer ist nicht begrenzt.

(4) Die Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Entgelte gemäß § 2 Abs. 2 a) unserer Satzung.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Online-Antrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 2 Abs. 2), nicht vor Zahlung des Beitrages, bei Auslandsreisen nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und bei Inlandsreisen nicht vor dem Verlassen der eigenen Wohnung

bzw. des Arbeitsortes (d. h. vor Antritt der jeweiligen Reise).

Als Zahlung des Beitrages gilt der Eingang des Online-Versicherungsantrages bei uns, sofern die Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

Für Versicherungsfälle (siehe § 1 Abs. 4), die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 4 Was ist versichert? Im Ausland

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung (auch wenn diese durch eine Pandemie verursacht wird), ärztlichen Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch während eines Auslandsaufenthalts fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel) und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise krankheits- oder unfallbedingt erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten;
- e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- f) Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- g) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in ein nach Abs. 8 anerkanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus;
- h) notwendigen Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
- i) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz.

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese ärztlich durchgeführt werden.

Diese Aufwendungen werden voll ersetzt.

Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind einer Versicherten sind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind im Rahmen der Leistungspflicht nach diesem Absatz (1) mitversichert.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann an Stelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld gewählt werden, das 30,00 EUR für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts beträgt. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, besteht im entschädigungspflichtigen Versicherungsfall Anspruch auf Kostenersatz.

Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, so fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

An Stelle des Kostenersatzes kann ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR für die Dauer der Begleitung gewählt werden. Diese ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

(2) Wir zahlen für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR ohne Kostennachweis.

(3) Muss die versicherte Person auf Grund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstatten wir hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 5.000,00 EUR.

(4) Bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland werden die notwendigen Aufwendungen für den Krankentransport einer versicherten Person (einschließlich der Kosten für ggf. erforderliches medizinisch geschultes Begleitpersonal) in voller Höhe ersetzt. Das schließt auch Rettungsflüge (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) ein, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit sind, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugretungsunternehmen durchgeführt werden.

Diese Aufwendungen werden auch ersetzt,

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage übersteigt.

Zusätzlich wird bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge auf Antrag des Versicherten eine Pauschale in Höhe von 500,00 EUR gezahlt.

(5) Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 EUR ersetzt, oder es werden bis zur entsprechenden Höhe Bestattungskosten am Sterbeort übernommen.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 6 genannten Behandelnden verordnet werden.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland oder unter den im jeweiligen Aufenthaltsland allgemein anerkannten öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, ausgenommen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,
- bei Notfallbehandlung,
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer derartigen Krankenanstalt akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

§ 4a Was ist versichert?

In der Bundesrepublik Deutschland

(1) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem mindestens 100 km vom ständigen Wohnsitz oder vom Arbeitsort (sofern die Reise von dort aus angetreten wurde) entfernt liegenden Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 8 erfüllt,

- a) zahlen wir für jeden Tag der stationären Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 30,00 EUR ohne Kostennachweis;
- b) übernehmen wir die Transportkosten für die Verlegung aus diesem Krankenhaus in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR.

(2) Stirbt die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR übernommen.

§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

(1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten vor Antritt der jeweiligen Reise behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit

- a) Behandlungen im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder
- b) bei Reisebeginn feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehepartners, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden). Werden auf Grund einer Vorerkrankung Behandlungen notwendig, die vor Reisebeginn nicht feststanden, sind diese im tariflichen Umfang mitversichert.

(2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem

- a) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- c) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
- d) für Zahnersatz (ausgenommen provisorischen Zahnersatz, vgl. § 4 Abs. 1 i) einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1a) nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?

Eine Kostenzusage kann nur erteilt werden, wenn der Nachweis des Versicherungsschutzes (Versicherungsnummer, Name und Anschrift des Versicherungsnehmers) bei der Beantragung von Kostenzusagen erbracht wird sowie ggf. das Vorliegen der Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit von Familienangehörigen gemäß § 2 Abs. 1 b) anhand einer Kopie des Personalausweises oder Reisepasses und ggf. einer Kopie des Schwerbeschädigtenausweises nachgewiesen wird.

§ 6a Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

(1) Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind; die Unterlagen werden unser Eigentum.

(2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und Arztrechnungen zusätzlich die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das

verordnete Medikament, der Preis und der Qualitätsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für die Erstattung von Rückführungskosten ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransports und für die Erstattung von Überführungskosten und Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

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

(4) Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Leistung verlangen.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass wir Überweisungen in das Ausland vornehmen oder auf Ihr Verlangen besondere Überweisungsformen wählen.

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

§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch acht Wochen nach Reisebeginn. Der Versicherungsschutz endet auch mit dem Ablauf der Versicherungsdauer. Als Beendigung der Reise gilt bei Auslandsreisen die Grenzüberschreitung nach Deutschland oder die Beendigung des Rücktransportes nach § 4 Abs. 4 und bei Inlandsreisen die Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. an den Arbeitsort (sofern die Reise von dort aus angetreten wurde).

(2) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er beträgt für ein Versicherungsjahr

a) je Person:

Eintrittsalter (Jahre)	EUR
- 65*	10,80
66 -	45,00

* Der Beitrag gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 66. Lebensjahr vollendet wird; danach endet das Versicherungsverhältnis, ohne dass es einer Kündigung bedarf (vgl. § 14 Abs. 4). Sie haben jedoch das Recht, die Versicherung dann nach Tarif Travel zum Beitrag für das Eintrittsalter ab 66 Jahren fortzusetzen.

b) je Familie (siehe § 2 Abs. 1b))
21,60 EUR.

Der Beitrag gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das älteste Familienmitglied das 66. Lebensjahr vollendet; danach endet das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe Travel family, ohne dass es einer Kündigung bedarf (vgl. § 14 Abs. 5). Die verbliebenen Familienmitglieder haben jedoch das Recht, die Versicherung dann nach Tarif Travel fortzusetzen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach § 2 Abs. 1 gegeben sind.

§ 8a Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?

Wir vergleichen jährlich die kalkulierten mit den tatsächlich erbrachten Versicherungsleistungen und passen, soweit erforderlich, die Beiträge an. Die Beitragsanpassung wird wirksam zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3), sofern die Mitteilung über die Beitragsanpassung an Sie mindestens einen Monat vorher erfolgt.

§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

(1) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 Abs. 4) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs sowie der Beitragseinstufung erforderlich ist.

(2) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht).

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

§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?

Wir sind 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 in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 11 Welche Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen gelten bei Ansprüchen gegen Dritte?

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

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

(3) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

(5) Soweit bei einem Versicherungsfall Dritte leistungspflichtig sind oder Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen deren Leistungsverpflichtungen vor, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1a); und zwar auch dann, wenn in einem Versicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

(6) Sie können insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Wann können Sie aufrechnen?

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

Ende der Versicherung

§ 13 Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

(1) Der Vertrag kann von Ihnen ohne Einhaltung einer Frist jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres in Textform gekündigt werden. Der Vertrag kann von uns unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform gekündigt werden.

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

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Erhöhen wir die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (siehe § 8a) oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 17 Abs. 1, so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 14 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

(1) Das Versicherungsverhältnis endet bei Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

(3) Entfallen für die gemäß § 2 Abs. 1 b) mitversicherten Personen die dort genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit, endet für die betroffene Person das Versicherungsverhältnis zum Ende des Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Über die Beendigung des Versicherungsverhältnisses für die mitversicherten Ehe- bzw. Lebenspartner und Kinder erfolgt keine gesonderte Mitteilung durch uns.

(4) Das Versicherungsverhältnis für einzelne Personen endet zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die Person das 66. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sie haben jedoch das Recht, die Versicherung dann nach Tarif Travel zum Beitrag für das Eintrittsalter ab 66 Jahren fortzusetzen.

(5) Das Versicherungsverhältnis für Familien nach Tarifstufe Travel family endet zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das älteste Familienmitglied das 66. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die verbliebenen Familienmitglieder haben jedoch das Recht, die Versicherung dann nach Tarif Travel fortzusetzen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach § 2 Abs. 1 gegeben sind.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns bedürfen der Textform.

§ 16 Welches Gericht ist zuständig?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zu-

ständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden.

(3) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig.

§ 17 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3) wirksam, sofern die Mitteilung über die Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie mindestens einen Monat vorher erfolgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (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

(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 Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

Auslandsreise- Krankenversicherung

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Travel day	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/Travel day)</i>	Der Versicherungsschutz	
<i>Stand 01.01.2017</i>	§ 1 Welche Regelungen gelten für Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?	2
Tarifbezeichnung im Versicherungsschein	§ 2 Wie sind Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages geregelt?	2
Wurde der Tarif Travel day für Singles vereinbart, wird er im Versicherungsschein mit der Tarifbezeichnung TRKSD1 (1. bis 42. Reisetag) bzw. TRKSD2 (43. bis 365. Reisetag) ausgewiesen.	§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	2
	§ 4 Was ist im Ausland versichert?	2
	§ 4a Was ist in der Bundesrepublik Deutschland versichert?	3
Wurde die Tarifstufe Travel day family für Familien vereinbart, wird der Tarif Travel day im Versicherungsschein mit der Tarifbezeichnung TRKFD1 (1. bis 42. Reisetag) bzw. TRKFD2 (43. bis 365. Reisetag) ausgewiesen.	§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?	3
	§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?	3
	§ 6a Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?	3
	§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?	4
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
	§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?	4
	§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	4
	§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?	4
	§ 11 Welche Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen gelten bei Ansprüchen gegen Dritte?	4
	§ 12 Wann können Sie aufrechnen?	4
	Sonstige Bestimmungen	
	§ 13 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?	4
	§ 14 Welches Gericht ist zuständig?	4
	Anhang	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	5

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welche Regelungen gelten für Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?

- (1) Der Tarif Travel day kann allein für eine einzelne Reise vereinbart werden.
 - (2) Bei urlaubs- und beruflich bedingten Reisen bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Wir erbringen, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem eintretenden Versicherungsfall
 - a) im Ausland ersetzen wir dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung, zahlen bei dortiger stationärer Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4). Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland;
 - b) in der Bundesrepublik Deutschland zahlen wir bei dort notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4a).
 - (3) Es gelten die Einschränkungen unserer Leistungspflicht nach § 5.
 - (4) Versicherungsschutz besteht nur für Reisen mit mehr als einer Übernachtung außerhalb des Wohn- oder Arbeitsortes oder wenn die Reise an einen mindestens 100 km vom Wohnort entfernten Ort führt. Wird die Reise vom Arbeitsort aus angetreten, muss der Zielort mindestens 100 km vom Arbeitsort entfernt sein.
 - (5) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) notwendige ärztliche Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt sowie ein unvorhersehbarer medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch und
 - b) Todesfälle (Überführung bzw. Bestattung am Sterbeort).
 - (6) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- ### § 2 Wie sind Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages geregelt?
- (1) Versicherungsfähig sind
 - a) Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, d. h., Personen, die sich überwiegend in Deutschland aufhalten;

- b) Familien, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, d. h. sich überwiegend in Deutschland aufhalten, sofern alle mitversicherten Personen in einem gemeinsamen Haushalt leben und dort gemeldet sind. Weitere Voraussetzung ist, dass das älteste Familienmitglied das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Im Einzelnen sind dies
 - Sie als Versicherungsnehmer, sofern Sie mindestens 18 Jahre alt sind,
 - Ihr Ehepartner (auch gleichgeschlechtliche Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz),
 - Ihr Lebenspartner,
 - Ihre Kinder (auch Pflege-, Stief- und Adoptivkinder) und die Kinder (auch Pflege-, Stief- und Adoptivkinder) Ihres Ehe- bzw. Lebenspartners bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sowie
 - Ihre unverheirateten Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung, sofern diese Inhaber eines Schwerbeschäftigtenausweises sind, ohne Altersgrenze und die unverheirateten Kinder Ihres Ehe- bzw. Lebenspartners mit geistiger oder körperlicher Behinderung, sofern diese Inhaber eines Schwerbeschäftigtenausweises sind, ohne Altersgrenze.

(2) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in Deutschland abgeschlossen werden. Er kommt mit Zugang des ordnungsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrages (online) bei uns zu Stande (siehe § 3).

(3) Der Versicherungsvertrag gilt für die im Versicherungsschein vermerkte Versicherungsdauer, mindestens jedoch für drei Tage und höchstens für 365 Tage. Die Ausdehnung der Versicherungsdauer über 365 Tage hinaus ist nicht möglich, indem mehrere Versicherungsverträge abgeschlossen werden. Werden dennoch mehrere Versicherungsverträge mit einer Gesamtvertragsdauer von mehr als 365 Tagen abgeschlossen, besteht für den über 365 Tage hinausgehenden Zeitraum kein Anspruch auf Leistungen.

(4) Die Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Entgelte gemäß § 2 Abs. 2 a) unserer Satzung.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Online-Antrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 2 Abs. 2), nicht vor Zahlung des Beitrages (siehe § 8 Abs. 2), bei Auslandsreisen nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und bei Inlandsreisen nicht vor dem Verlassen der eigenen Wohnung bzw. des Arbeitsortes (d. h. vor Antritt der jeweiligen Reise). Als Zahlung des Beitrages gilt der Eingang des Online-Versicherungsantrages bei uns, sofern die Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

Für Versicherungsfälle (siehe § 1 Abs. 5), die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 4 Was ist versichert?

Im Ausland

- (1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung (auch wenn diese durch eine Pandemie verursacht wird), ärztlichen Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch während eines Auslandsaufenthalts fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für
 - a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
 - b) ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel) und Verbandmittel;
 - c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - d) ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise krankheits- oder unfallbedingt erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten;
 - e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
 - f) Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
 - g) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in ein nach Abs. 8 anerkanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus;
 - h) notwendigen Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
 - i) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz.

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese ärztlich durchgeführt werden.

Diese Aufwendungen werden voll ersetzt.

Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind einer Versicherten sind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind im Rahmen der Leistungspflicht nach diesem Absatz (1) mitversichert.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann an Stelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld gewählt werden, das 30,00 EUR für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts beträgt. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, besteht im entschädigungspflichtigen Versicherungsfall Anspruch auf Kostenersatz.

Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als

Begleitperson stationär aufgenommen, so fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

An Stelle des Kostenersatzes kann ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR für die Dauer der Begleitung gewählt werden. Diese ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

(2) Wir zahlen für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR ohne Kostennachweis.

(3) Muss die versicherte Person auf Grund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 5.000,00 EUR.

(4) Bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland werden die notwendigen Aufwendungen für den Krankentransport einer versicherten Person (einschließlich der Kosten für ggf. erforderliches medizinisch geschultes Begleitpersonal) in voller Höhe ersetzt. Das schließt auch Rettungsflüge (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) ein, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit sind, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugretungsunternehmen durchgeführt werden.

Diese Aufwendungen werden auch ersetzt,
- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 7 Tage übersteigt.

Zusätzlich wird bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge auf Antrag des Versicherten eine Pauschale in Höhe von 500,00 EUR gezahlt.

(5) Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 EUR ersetzt, oder es werden bis zur entsprechenden Höhe Bestattungskosten am Sterbeort übernommen.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 6 genannten Behandelnden verordnet werden.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland oder unter den im jeweiligen Aufenthaltsland allgemein anerkannten öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, aufgenommen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,
- bei Notfallbehandlung,
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer derartigen Krankenanstalt akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

§ 4a Was ist versichert?

In der Bundesrepublik Deutschland

(1) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem mindestens 100 km vom ständigen Wohnsitz oder vom Arbeitsort (sofern die Reise von dort aus angetreten wurde) entfernt liegenden Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 8 erfüllt,

- a) zahlen wir für jeden Tag der stationären Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 30,00 EUR ohne Kostennachweis;
- b) übernehmen wir die Transportkosten für die Verlegung aus diesem Krankenhaus in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR.

(2) Stirbt die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR übernommen.

§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

(1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit

- a) Behandlungen im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder
- b) zum Zeitpunkt des Reisebeginns feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehepartners, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden). Werden auf Grund einer Vorerkrankung Behandlungen notwendig, die vor Reisebeginn nicht feststanden, sind diese im tariflichen Umfang mitversichert.

(2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem

- a) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- c) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- d) für Zahnersatz (ausgenommen provisorischen Zahnersatz, vgl. § 4 Abs. 1 i) einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1a) nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?

Eine Kostenzusage kann nur erteilt werden, wenn der Nachweis des Versicherungsschutzes (Versicherungsnummer, Name und Anschrift des Versicherungsnehmers) bei der Beantragung von Kostenzusagen erbracht wird sowie ggf. das Vorliegen der Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit von Familienangehörigen gemäß § 2 Abs. 1 b) anhand einer Kopie des Personalausweises oder Reisepasses und ggf. einer Kopie des Schwerbeschädigtenausweises nachgewiesen wird.

§ 6a Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

(1) Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind; die Unterlagen werden unser Eigentum.

(2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und Arztrechnungen zusätzlich die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für die Erstattung von Rückführungskosten ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransports und für die Erstattung von Überführungskosten und Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

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

(4) Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Leistung verlangen.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass wir Überweisungen in das Ausland vornehmen oder auf Ihr Verlangen besondere Überweisungsformen wählen.

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

§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Als Beendigung der Reise gilt bei Auslandsreisen die Grenzüberschreitung nach Deutschland und bei Inlandsreisen die Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. an den Arbeitsort (sofern die Reise von dort aus angetreten wurde).

(2) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

(1) Der Beitrag wird pro Tag der Versicherungsdauer - mindestens jedoch für drei Tage und höchstens für 365 Tage - berechnet.

a) Der Tagesbeitrag beträgt je Person

Eintrittsalter (Jahre)	1. - 42. Tag	43. - 365. Tag
- 65	EUR 0,60	EUR 3,30
66 -	EUR 1,35	EUR 7,40

b) Der Tagesbeitrag für die Tarifstufe Travel day family beträgt je Familie (siehe § 2 Abs. 1b))

Eintrittsalter (Jahre)	1. - 42. Tag	43. - 365. Tag
- 65	EUR 1,20	EUR 6,60

(2) Der Beitrag wird als Einmalbeitrag für die gesamte Versicherungsdauer bei Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

(1) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 Abs. 4) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs sowie der Beitragseinstufung erforderlich ist.

(2) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht).

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

§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?

Wir sind 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 in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 11 Welche Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen gelten bei Ansprüchen gegen Dritte?

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

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

(3) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht

verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

(5) Soweit bei einem Versicherungsfall Dritte leistungspflichtig sind oder Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen deren Leistungsverpflichtungen vor, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1a); und zwar auch dann, wenn in einem Versicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

(6) Sie können insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Wann können Sie aufrechnen?

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

Sonstige Bestimmungen

§ 13 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns bedürfen der Textform.

§ 14 Welches Gericht ist zuständig?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden.

(3) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (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

(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.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 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.