

Versicherungsbedingungen für die Auslandskrankenversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG In der Fassung AKV 07-13, Stand Juni 2013

1. Vorbemerkung
 2. Private und gesetzliche Krankenversicherung
 3. Gegenstand der Versicherung
 4. Erstattungsfähige Aufwendungen
 5. Ausschluss der Leistungspflicht
 6. Geltungsbereich und Versicherungsschutz
 7. Versicherungsnehmer und versicherte Person
 8. Vertragliche Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls und mögliche Rechtsfolgen
 9. Anzeigen und Willenserklärungen
 10. Vertragsschluss, Beitragszahlung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags
 11. Besonderheiten beim Lastschrift- und Online-Bezahlverfahren
 12. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Versicherungsleistung
 13. Datenverarbeitung
 14. Verjährung
 15. Gerichtsstand
 16. Anzuwendendes Recht
-
1. **Vorbemerkung**
 - 1.1. Diese Versicherungsbedingungen der DFV Deutsche Familienversicherung AG konkretisieren den abgeschlossenen Versicherungsvertrag über eine Auslandskrankenversicherung in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt. Daneben kommen sonstige Vorschriften, insbesondere des Zivilrechts, wie das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) oder das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), in den jeweils gültigen Fassungen zur Anwendung.
 - 1.2. Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die DFV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.
 2. **Private und gesetzliche Krankenversicherung**
 - 2.1. Diese Auslandskrankenversicherung ist eine private Krankenzusatzversicherung. Sie dient nicht dazu, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder die private Krankenvollversicherung (PKV) ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen (nicht substitutive Krankenversicherung).
 - 2.2. Ein Leistungsanspruch aus unserer Auslandskrankenversicherung wird von uns separat und unabhängig von einem Anspruch auf Leistung aus der GKV oder PKV geprüft. Allein ein Leistungsanspruch oder eine Leistung der GKV oder PKV begründen daher noch keinen Leistungsanspruch aus unserer Auslandskrankenversicherung.
 3. **Gegenstand der Versicherung**
 - 3.1. Wir leisten im Rahmen dieser Auslandskrankenversicherung Ersatz für die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, eines Krankenhausaufenthaltes und der Arzneimittel der versicherten Person wegen im Ausland eingetretener Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten und medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche sowie Ersatz der Kosten für zahnärztliche Notfallversorgung im Ausland, soweit diese Kosten nicht von der GKV oder PKV übernommen werden. Dies gilt nicht, wenn wir eine Kostenübernahmegarantie erklärt haben.
 - 3.2. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir sind jedoch in diesen Fällen berechtigt, unsere Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
 4. **Erstattungsfähige Aufwendungen**
 - 4.1. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für Leistungen der Ärzte für ambulante Behandlungen, wobei der versicherten Person die Wahl unter den Ärzten frei steht, die nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind;
 - 4.2. Arznei- und Verbandsmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden, nicht jedoch, auch wenn sie ärztlich verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten, für Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
 - 4.3. ärztlich verordnete Heilmittel: Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
 - 4.4. ärztlich verordnete Hilfsmittel: die auf der versicherten Reise erstmals erforderlich sind, mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten
 - 4.5. Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistungen in einem Krankenhaus, das im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, soweit es erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, wobei ein am Aufenthaltsort befindliches bzw. das nächst erreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen ist;
 - 4.6. Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden muss, die Kinderbetreuung versicherter minderjähriger Kinder, wenn Sie durch einen medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder Tod daran gehindert sind, die in Ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen und eine andere Person zur Kinderbetreuung nicht zur Verfügung steht. Die Kosten übernehmen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Verstorbenen;
 - 4.8. den notwendigen Transport in das nächst erreichbare, medizinisch geeignete Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Arzt zur erforderlichen Erstversorgung und den medizinisch erforderlichen Verlegungstransport von der Erstversorgungseinrichtung zum nächst erreichbaren, medizinisch geeigneten Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Arzt sowie den Transport zurück in die Unterkunft.
 - 4.9. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) sowie aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles notwendige provisorische Zahnkronen und provisorisch herausnehmbaren Zahnersatz;
 - 4.10. die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.
 - 4.11. einen Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist
 - 4.12. und, falls die versicherte Person im Ausland stirbt, die Kosten der Überführung des Leichnams an den ständigen Wohnsitz des Verstorbenen bis maximal 10.000 € oder die Kosten einer Bestattung vor Ort bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens ebenfalls bis zu 10.000 €. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteines, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dergleichen.
 - 4.13. Wir erstatten die durch die Kontaktaufnahme mit unserem Reise-Notruf-Service angefallenen Telefonkosten.
 5. **Ausschluss der Leistungspflicht**
 - Kein Versicherungsschutz besteht für
 - 5.1. bereits vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle;
 - 5.2. Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - 5.3. Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung oder Behandlung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen, es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
 - 5.4. Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen;
 - 5.5. Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, soweit nicht von Nr. 3.1. erfasst.
 - 5.6. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - 5.7. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
 - 5.8. eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - 5.9. Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; jedoch werden in diesen Fällen nachgewiesene Sachkosten nach diesen Bedingungen erstattet;
 - 5.10. auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen,
 - 5.11. Heilbehandlungen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern diese nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen oder Reisewarnungen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält, es sei denn, eine Ausreise ist objektiv nicht möglich. Der Versicherungsschutz

- besteht jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder Reisewarnungen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen wurden. Versicherungsschutz besteht auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.
- 6. Geltungsbereich und Versicherungsschutz**
- 6.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.
- 6.2. Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Versicherungsbeginn, frühestens jedoch mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt), und endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Wiedereinreise, vorausgesetzt die Zahlung des vollständigen ersten Jahresbeitrags ist erfolgt. Auf die Nrn. 10.1 und 10.2 wird verwiesen.
- 6.3. Versicherungsschutz besteht für die ersten 56 Tage jeder Auslandsreise. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt) und endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Wiedereinreise. Für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses noch andauern, gewähren wir bei nachgewiesener Transportunfähigkeit die Versicherungsleistungen einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransports bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.
- 6.4. Auslandsreise in diesem Sinne ist nur der vorübergehende Aufenthalt der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus geschäftlichen Gründen oder zum Zwecke des Urlaubs, nicht jedoch der längerfristige Aufenthalt im Ausland durch Bewohnen eines festen oder ständigen zweiten Wohnsitzes oder durch Aufnahme einer dauerhaften Beschäftigung oder Anstellung am ausländischen Aufenthaltsort, selbst wenn die versicherte Person den längerfristigen Aufenthalt innerhalb von 56 Tagen durch Ein- und Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland vorübergehend unterbricht.
- 6.5. Wird der Vertrag während einer Auslandsreise abgeschlossen, so besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.
- 6.6. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 6.7. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum 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 werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- 7. Versicherungsnehmer und versicherte Person**
- 7.1. Sie als Versicherungsnehmer sind versicherte Person, soweit Sie die Auslandskrankenversicherung nicht ausdrücklich für eine andere versicherte Person abgeschlossen haben und dies auch so im Versicherungsschein dokumentiert ist.
- 7.2. Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer GKV oder PKV versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Bundesrepublik Deutschland gilt somit nicht als Ausland.
- 7.3. Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.
- 7.4. Sie als Versicherungsnehmer und versicherte Person können weitere Personen mitversichern. Die weiteren mitversicherten Personen müssen im Versicherungsschein dokumentiert sein.
- 7.5. Sofern mit Ihnen ein Familientarif vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Ihre in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehe- bzw. Lebenspartner und Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder). Der Versicherungsschutz für mitversicherte Kinder endet mit Beendigung des gesetzlichen Unterhaltsanspruches, spätestens mit Vollendung des 25. Lebensjahres. Versicherungsschutz besteht für mitversicherte Personen auch, wenn sie alleine reisen.
- 7.6. Sind mehrere versicherte Personen in einem Versicherungsvertrag versichert, so sind wir berechtigt, gegenüber jeder versicherten Person die Leistung zu erbringen, unabhängig davon, ob er im Besitz des Versicherungsscheins ist oder nicht.
- 7.7. Wird eine Auslandskrankenversicherung für eine versicherte Person mehrmals abgeschlossen, besteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung insgesamt nur einmal.
- 7.8. Besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer zurechnen lassen.
- 8. Vertragliche Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles und mögliche Rechtsfolgen**
- 8.1. Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede weitere Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist.
- 8.2. Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung oder Minderung des Schadens zu sorgen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.
- 8.3. Im Versicherungsfall haben Sie uns sämtliche Belege (z. B. Arztrechnung, Material- und Laborkostenrechnung) im Original einzureichen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten, versicherten Person tragen. Die Krankheitsbezeichnungen, Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Die Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sowie Rezepte über Arznei- und Verbandsmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Für die Erstattung von Rücktransportkosten ist neben Belegen für die Kosten des Rücktransports eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports vorzulegen. Ein Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch Kostenbelege, die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung der Todesursache zu begründen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 8.4. Sie und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Auf unser Verlangen hat die versicherte Person die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen zu lassen.
- 8.5. Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen. Dies gilt auch dann, wenn im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag oder gegenüber der GKV beansprucht werden kann. Wird der Versicherungsfall aber zuerst uns gemeldet, treten wir für die andere Versicherung oder die GKV in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenabrechnung direkt an den anderen Versicherer oder die GKV wenden. Ihre Ansprüche gegen die andere Versicherung oder die GKV gehen im gesetzlichen Umfang über, soweit wir den Schaden ersetzt haben. Sofern erforderlich, sind Sie verpflichtet, uns gegenüber eine entsprechende Abtretungserklärung abzugeben.
- 8.6. Auf unser Verlangen haben Sie uns die Planung und Buchung sowie den tatsächlichen Beginn und das Ende einer jeden Auslandsreise nachzuweisen.
- 8.7. Verletzen Sie eine der vorgenannten vertraglichen Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen.
- 8.8. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.
- 8.9. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- 9. Anzeigen und Willenserklärungen**
9. Für uns bestimmte Anzeigen und Erklärungen haben in Textform an uns zu erfolgen. Wir verzichten nachträglich auf dieses Erfordernis, wenn wir Ihre mündliche Erklärung Ihnen gegenüber in Textform bestätigen.
- 10. Vertragsschluss, Beitragszahlung, Laufzeit und Kündigung des Vertrages**
- 10.1. Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag oder Sie unser Angebot annehmen und Sie den ersten Jahresbeitrag rechtzeitig gezahlt haben. Ohne Zahlung des Erstbeitrages kommt der Vertrag nicht zustande, auch wenn Sie von uns einen Versicherungsschein und die sonstigen Vertragsunterlagen erhalten haben sollten.
- 10.2. Der erste Jahresbeitrag wird mit Antragstellung, spätestens zum vereinbarten Beginn der Laufzeit des Vertrags fällig. Die Jahresbeiträge der Folgejahre sind jeweils mit Beginn eines neuen Versicherungsjahres fällig. Das Versicherungsjahr beginnt mit Vertragsschluss, frühestens jedoch mit dem vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn und endet nach Ablauf von 12 Monaten. Ein Jahresbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag bei uns eingegangen ist. Bei Teilnahme am Lastschriftverfahren gilt der Beitrag als zum Zeitpunkt der Erteilung der Einzugsermächtigung als gezahlt, wenn der entsprechende Betrag von Ihrem Konto eingezogen werden konnte und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
- 10.3. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, Sie haben die verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Wir können Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss.
- 10.4. Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen wurden. Wir sind zudem berechtigt, den Vertrag zu kündigen.
- 10.5. Der Beitrag ist nach Altersstufen gestaffelt. Die Altersstufen und die Höhe der Beiträge können Sie der jeweils gültigen Beitragsübersicht entnehmen, die Anlage zu diesen Bedingungen oder im Versicherungsschein aufgeführt ist.
- 10.6. Der gültige Jahresbeitrag bestimmt sich beim Einzeltarif nach dem Alter der versicherten Person und beim Familientarif nach dem Alter der ältesten versicherten Person.
- 10.7. Erreicht die versicherte Person im Einzeltarif oder die älteste versicherte

- Person im Familientarif die nächste Altersstufe, haben Sie ab der nächsten Fälligkeit den für diese Altersstufe gültigen Jahresbeitrag zu zahlen.
- 10.8. Der Vertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch Sie oder uns zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird.
- 10.9. Nach jedem Leistungsfall können Sie oder wir den Versicherungsvertrag ohne Angaben von Gründen innerhalb einer Frist von einem Monat nach Abschluss der Verhandlungen über die Versicherungsleistung kündigen. Unsere Kündigung wird einen Monat nach dem Zugang wirksam. Den Zeitpunkt Ihrer Kündigung können Sie frei bestimmen, also mit sofortiger Wirkung oder aber zu einem späteren Zeitpunkt. Wird der Vertrag vor Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt, erstatten wir einen bereits gezahlten Jahresbeitrag anteilig zurück.
11. **Besonderheiten beim Lastschrift- und Online-Bezahlverfahren**
- 11.1. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass unsere vereinbarte Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie Ihre Bank über die uns erteilte Einzugsermächtigung informieren und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.
- 11.2. Bei Nutzung eines Online-Bezahlverfahrens haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass die Zahlung des fälligen Beitrags über den Anbieter des Online-Bezahlverfahrens oder im Wege der Direktüberweisung ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie der Gutschrift des Jahresbeitrags auf unserem Konto nicht widersprechen und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.
12. **Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Versicherungsleistung**
- 12.1. Wir regulieren jeden Versicherungsfall innerhalb von 48 Stunden. Voraussetzung ist, dass uns alle zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötigen Informationen und Unterlagen vorliegen. Hierzu zählen auch sämtliche Belege (z. B. Arztrechnungen, Material- und Laborkostenrechnungen, Heil- und Kostenplan etc.) mit Erstattungsvermerk der GKV oder PKV, soweit dies Leistungsvoraussetzung ist. Die Unterlagen müssen auf die versicherte Person ausgestellt sein sowie die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen beinhalten.
- 12.2. Unsere Selbstverpflichtung zur Schadenregulierung innerhalb von 48 Stunden können wir darüber hinaus nur einhalten, wenn wir uns uneingeschränkt unserer Regulierungs- und Bearbeitungsinfrastruktur auch im Sinne von Nr. 13 bedienen können. Sollten Sie dem ganz oder teilweise widersprechen, kann es zu einer Verzögerung bei der Schadenregulierung kommen.
- 12.3. Wir können die Zahlung aufschieben, solange Zweifel an Ihrer Empfangsberechtigung bestehen oder ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen Sie oder Ihren Repräsentanten aus Anlass dieses Versicherungsfalles läuft.
- 12.4. Eine Versicherungsleistung kann nur von Ihnen als Versicherungsnehmer verlangt werden. Haben Sie uns gegenüber in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann die Versicherungsleistung nur von dieser verlangt werden.
- 12.5. Im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung übernehmen wir nach einer erklärten Kostenübernahmegarantie namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind. Hierzu ist Voraussetzung, dass Sie unverzüglich, soweit Ihnen möglich und zumutbar, Kontakt zu unserem Reise-Notruf-Service aufnehmen.
- 12.6. Haben Sie oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Soweit Sie oder die versicherte Person von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten haben, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
13. **Beitragsanpassung und Änderung der Versicherungsbedingungen**
- 13.1. Wir sind berechtigt, den Beitrag zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 5 % abweichen. Um entsprechende Feststellungen treffen zu können, vergleichen wir mindestens einmal jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen.
- 13.2. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und auf die Vertragsleistung bezogenen Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir die Versicherungsbedingungen anpassen, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint und die Änderung angemessen ist. Gleiches gilt für den Fall, dass eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist.
- 13.3. Die geänderten Beiträge oder die Änderung in den Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragsanpassung oder die Bedingungsänderung wirksam werden soll.
14. **Datenverarbeitung**
- 14.1. Wir richten uns bei der Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das die Datenverarbeitung und -nutzung erlaubt, soweit dies im Rahmen der Zweckbestimmungen des Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen auf unserer Seite erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.
- 14.2. Wir speichern und verarbeiten die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen Daten. Das sind Ihre Angaben bei Vertragsschluss (Antragsdaten), versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, -summe, -dauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum Schadensfall (Leistungsdaten).
- 14.3. Um Ihnen einen umfassenden und kostengünstigen Versicherungsschutz bieten zu können, haben wir das Erbringen bestimmter Versicherungsdienstleistungen (z. B. Betrieb, Vertrieb oder Schadenbearbeitung) auf zwar rechtlich selbstständige, aber im Sinne des § 15 Aktiengesetz mit uns verbundene Unternehmen verteilt. Aus diesem Grund werden Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten bei uns zentral gespeichert und den mit uns verbundenen Unternehmen zur Erbringung der genannten Versicherungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt.
- 14.4. Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten unserem Rückversicherer zur Verfügung zu stellen, soweit dies dort zur Risikobeurteilung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.
- 14.5. Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir durch Anonymisierung Ihrer Daten und durch entsprechende Datenschutzabkommen sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsvertrags und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.
- 14.6. Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns gerichteten Schreiben mit einem allgemein anerkannten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Einscannen und Speichern vernichten.
15. **Verjährung**
- 15.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
- 15.2. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.
16. **Gerichtsstand**
- 16.1. Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben.
- 16.2. Klagen gegen Sie sind bei dem für Ihren inländischen Wohnsitz zuständigen Gericht zu erheben.
- 16.3. Haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder ist er im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, so gilt auch für Klagen gegen Sie das für unseren Sitz zuständige Gericht als örtlich zuständig.
17. **Anzuwendendes Recht**
- Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zugrunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.