



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AK (KV735_201708)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	§ 10	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
§ 2	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	§ 11	Aufrechnung
§ 3	Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages	§ 12	Willenserklärungen und Anzeigen
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	§ 13	Gerichtsstand
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	§ 14	Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	§ 15	Schlussbestimmungen
§ 7	Beitragszahlung		Anhang
§ 8	Obliegenheiten		
§ 9	Folgen von Obliegenheitsverletzungen		

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit oder wegen den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Als Versicherungsfall gelten auch

- ein medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Krankentransport,
- ein medizinisch sinnvoller Rücktransport,
- die Untersuchung und medizinische Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung,
- der Tod.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, den gegebenenfalls zusätzlich getroffenen besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den in der Bundesrepublik Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften.

(4) Der Versicherungsschutz besteht während der ersten acht Wochen aller vorübergehenden nicht beruflich bedingten Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Hierbei gelten "incentive-Reisen" nicht als beruflich bedingte Auslandsreisen.

(5) Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

(6) Der Versicherungsvertrag kann grundsätzlich für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen werden. Die Versicherung kann für eine einzelne Person (Tarifstufe AKE) oder als Familienversicherung (Tarifstufe AKF) abgeschlossen werden. Bei einer Familienversicherung besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer und dessen Familienangehörige. Als Familienangehörige im Sinne des Tarifs zählen - sofern im Versicherungsschein namentlich aufgeführt - der Ehepartner oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des Beitrags. Wird eine Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Beitrag mit Zugang der Einzugsermächtigung beim Versicherer als gezahlt, sofern die Lastschrift beim Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

(3) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsverhältnisses oder mit Beendigung des Rücktransportes gemäß § 4 Abs. 5 Buchstabe h, spätestens jedoch mit dem Ende der achten Aufenthaltswoche. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

(4) Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende der achten Aufenthaltswoche aus medizinischen Gründen nicht möglich, so verlängert sich die Leistungsdauer bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit möglich ist.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst mit Antritt einer neuen Auslandsreise.

(2) Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn (§ 2) für die Dauer eines Jahres. Er verlängert sich bei Zahlung des Folgebeitrages stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) gekündigt wird.

(3) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.

(4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Bei einer Familienversicherung (Tarifstufe AKF) haben die versicherten Personen jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet für diese Person der Versicherungsvertrag.

(6) Vollendet eine in der Familienversicherung (Tarifstufe AKF) versicherte Person das 70. Lebensjahr, so endet der Versicherungsvertrag nach der Familienversicherung für diese Person zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Die versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag als Einzelversicherung (Tarifstufe AKE) mit dem dafür zu zahlenden Beitrag (vgl. § 7) fortzuführen. Die anderen in der Familienversicherung verbleibenden Personen haben ebenfalls das Recht, den Versicherungsvertrag als Einzelversicherung weiterzuführen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.



(4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(5) Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für

- a) ambulante ärztliche Untersuchungen und Heilbehandlungen (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik.
- b) Arznei-, Heil- und Verbandsmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen und Krankengymnastik. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder ständig genommen werden.
- c) die Miete medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden. Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind nicht erstattungsfähig. Ist eine Miete nicht möglich, werden die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel in einfacher Ausführung erstattet.
- d) schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen sowie Kieferorthopädie.
- e) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus.
- f) Untersuchung und Behandlung von vor Reiseantritt nicht vorauszu sehenden regelwidrigen Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten oder notfallbedingter Schwangerschaftsabbrüche. Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifmäßig erstattet werden.
- g) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus, in dem eine notwendige Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von dem Krankenhaus, das zur Erstversorgung aufgesucht wurde, in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Außerdem sind erstattungsfähig:

- h) die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Die Mehrkosten des Rücktransportes werden auch erstattet, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen würden oder wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden auf die Versicherungsleistung angerechnet.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten, die beim normalen Verlauf der Reise nicht entstanden wären. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

Die Mehrkosten für eine Begleitperson sind ebenfalls erstattungsfähig, soweit die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notrufservice an. Keine Leistungspflicht besteht, wenn der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde.

- i) die durch die Überführung bei Tod einer versicherten Person in das Inland oder die Bestattung am Sterbeort entstehenden Kosten bis zu 10.000 EUR.
- (6) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- für Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird.

- für Behandlungen anlässlich einer Beschäftigung im Ausland.

- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training), Psychotherapie und Psychiatrie.

- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch (mit Ausnahme der in § 4 Abs. 5 Buchstabe f genannten Versicherungsfälle).

- für Hilfsmittel, die nicht den Regelungen des § 4 Abs. 5 Buchstabe c entsprechen.

- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung).

- für Zahnersatz einschl. Kronen und Inlays sowie für Kieferorthopädie.

- für Kur und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.

- für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird. Im Falle eines Unfalls sind auch die Kosten einer stationären Behandlung in einer Klinik, die zugleich Kur- und Rehabilitationseinrichtung ist, erstattungsfähig.

- für die Behandlung durch Ehegatten, Personen nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.

- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur gegen Abtretung eventueller Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der genannten Krankheiten und Unfälle nebst Folgen leistungspflichtig.

(4) Besteht Anspruch auf Geldleistung aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. aus der gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur gegen Abtretung dieses Anspruchs leistungspflichtig.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen vermerkt hat.

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

(3) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(4) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, gilt dieser Kurs.

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

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



§ 7 Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu zahlen. Der Beitrag beträgt für versicherte Einzelpersonen (Tarifstufe AKE) bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres 11,40 EUR. Er erhöht sich nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wurde, auf 26,40 EUR. Für die Familienversicherung (Tarifstufe AKF) beträgt der Beitrag 29,40 EUR.

§ 8 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer hat sämtliche Belege möglichst bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Hierzu ist der Versicherer zu ermächtigen, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf der Versicherer Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(5) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist 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 § 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Personen stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

(5) Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

§ 11 Aufrechnung

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

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail).

§ 13 Gerichtsstand

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

§ 14 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres schriftlich mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Änderung wirksam werden sollte. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 15 Schlussbestimmungen

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) sowie dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), der insbesondere die in den AVB für die Auslandsreise-Krankenversicherung erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext beigelegt.



ANHANG

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen sind nachfolgend abgedruckt.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, Abs. 2 - 4

(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 vom 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 die Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn sich die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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