Maßstäbe / neu definiert

## Wichtige Hinweise für den Leistungsfall

Ein Notfall führt schon zu Hause oft zu Unsicherheiten. Im Ausland kommen oft sprachliche Barrieren hinzu – und das Wissen, dass ärztliche Behandlungen dort ganz anderen Regeln unterliegen als in Deutschland. Auch sind sie meist viel teurer und die Kosten kaum nachvollziehbar, weil es nicht wie hierzulande ein verbindliches Gebührenverzeichnis gibt.

Bitte kontaktieren Sie daher bei Notfällen im Ausland unseren Partner AXA Assistance!

**Die Leistungen der AXA Assistance**

- Unterstützung im Kontakt mit den behandelnden Ärzten
- Suche nach qualifizierter medizinischer Behandlung im Ausland
- deutschsprachiger 24-Stunden-Kundenservice
- Erstattungszusage/Direktabrechnung mit Krankenhäusern

Ein Notfall ist eine stationäre Behandlung. Hier wenden Sie sich bitte so schnell wie möglich an die AXA Assistance.

Bei einer ambulanten Behandlung ist das nicht unbedingt notwendig, aber dennoch meist sinnvoll, da die AXA Assistance bereits bei der Suche nach einem geeigneten Arzt helfen und Ihre Fragen beantworten kann.

**Erkrankungen oder Unfälle in den USA**

Das Land der unbegrenzten Möglichkeiten ist in solchen Fällen oft grenzenlos teuer: Zwischen 300 % und 800 % höher als in Deutschland können die Kosten für medizinische Versorgungen in den USA liegen und das, obwohl gerade Deutschland für Spitzenleistungen bei Diagnostik und Therapie bekannt ist!

Wie lassen sich diese Preisunterschiede erklären?
Die Preisgestaltung von Ärzten und Krankenhäusern in den USA ist frei – es gibt z. B. keine Gebührenordnungen. Auch für Arzneimittel gibt es keine Preisvorschriften.

Um einerseits die Behandlungsqualität zu sichern und andererseits die Kosten dennoch zu begrenzen, sind von den Versicherungen in den USA Netzwerke geschaffen worden. Diese schließen Verträge mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Die AXA Krankenversicherung hat mit dem Unternehmen EuroCare einen kompetenten, deutschsprachigen Kooperationspartner in den USA. Bitte wenden Sie sich bei Behandlungen in den USA an EuroCare.

**Abrechnung und Erstattung Ihrer eingereichten Leistung**

Damit wir Ihre Leistungen schnell bearbeiten können, bitten wir um folgende Angaben:

- Versicherungsnummer
- Name, Anschrift, Geburtsdatum Beginn und Ende der Reise
- Ihre Bankverbindung in Deutschland

Senden Sie diese Angaben bitte mit den Originalrechnungen an die
AXA Krankenversicherung AG
51059 Köln
Telefon: 0221 148-41002

Wichtige Telefonnummern

Speichern Sie diese Nummern in Ihr Handy!

- Fragen zur Leistungsabrechnung und zum Vertrag +49 (0) 221 148-41002
- 24-Stunden-Auslandsnotruf (AXA Assistance): +49 (0) 221 148-36515
- Allgemeine Fragen USA Auslandsreisekrankenversicherung: +49 (0) 221 148-30835
- Notfall USA: 24-Stunden Service Nummer EuroCare +1 727 593 5462

# Einwilligungserklärung



**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung** 1)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine aus reichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG (im Folgenden als „Versicherer" oder „Versicherung" bezeichnet), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG**

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilskonditionen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

**1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit**

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

**2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

**2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weiter - gegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG einwilligen.

**2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder –wenn diese abweichend bestimmt sind –bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

1) Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

XA251 25.08.2014

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG**

Wir, die AXA Krankenversicherung AG, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

**3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns 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.axa.de eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die AXA Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

**3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen, im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

**3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

**3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder 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 (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichs-software, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

**4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

# Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.axa.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister.

Soweit die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligungs- oder Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt, können Sie diese jederzeit widerrufen. Des Weiteren können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den Kunden- und Partnerservice des AXA Konzerns, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, telefonisch an 0221/148 41002 oder per E-Mail an service@axa.de wenden.

**Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverwendung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung**

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

# Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages jeweils im Antragsverfahren

**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, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 02 21 - 1 48 - 36 202, E-Mail: info@axa.de.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

**Widerrufsfolgen**
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, 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 Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

| | | |
|---|---|---|
| Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat | X | 1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie |
| | | 1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie |
| | | 1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie |
| | | 1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie |

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte 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

# Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung nach Tarif singleTRAVEL

## 1. Um welches Produkt handelt es sich?

Bei dem Tarif singleTRAVEL handelt es sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung.

## 2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung singleTRAVEL bietet Versicherungsschutz bei Auslandsreisen bis zu jeweils 56 Tagen.
In Krankheitsfällen im Ausland werden die Kosten für die medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Heilbehandlung zu 100% erstattet. Selbstverständlich sind Arznei-, Heil-, und Verbandsmittel im Leistungspaket enthalten. Im Versicherungsschutz enthalten sind auch Kosten für erstmals erforderliche Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung- ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte.

Ebenfalls zu 100% werden die Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlungen, akut notwendige Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit übernommen.

Ein besonderer Vorteil des Tarif singleTRAVEL: Auch die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport werden übernommen. Im Falle eines Todes werden die Kosten einer Überführung aus dem Ausland bezahlt.

Die Einzelheiten zu den versicherten Leistungen entnehmen Sie bitte Teil 1 der Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL).

## 3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die Jahresprämie je versicherter Person beträgt für

| | |
|---|---|
| 0 – 49-Jährige | 7,92 EUR |
| 50-Jährige und Ältere | 20,52 EUR |

Die Erstprämie wird zum Versicherungsbeginn, die Folgeprämien werden jeweils zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres fällig. Die Prämie wird jeweils für ein Jahr im Voraus gezahlt. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem als Versicherungsbeginn vereinbarten Datum. Es endet nach Ablauf eines Jahres.

Die Versicherung kann nur abgeschlossen werden, wenn im Antrag ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird und der Beitrag einziehbar ist.

Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen und Folgen des Zahlungsverzuges können Sie in den §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes und, soweit dies Auswirkungen auf den Beginn des Versicherungsschutzes hat, in 1.1.2 der Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL) nachlesen.

## 4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Ihr Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag deckt grundsätzlich im tariflichen Umfang die Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthaltes ab. Allerdings sind bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz nicht umfasst. So besteht beispielsweise keine Leistungspflicht, wenn die Auslandsreise zum Zwecke der Heilbehandlung erfolgt, oder für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt der versicherten Person bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, sowie bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind können Sie im Einzelnen in 1.2.6 der Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL) nachlesen.

**5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?**
Bei bzw. vor Vertragsschluss bestehen für Sie keine besonderen Verpflichtungen, deren Nichtbeachtung negative Folgen hätte.
In diesem Zusammenhang bitten wir Sie lediglich, den Antrag sorgfältig auszufüllen, damit es während der Vertragslaufzeit aufgrund ggf. fehlerhafter Daten nicht zu Unannehmlichkeiten für Sie kommt.

**6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?**
Während der Laufzeit des Vertrages sind von Ihnen keine Obliegenheiten zu beachten außer nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Die in diesem Fall zu beachtenden Obliegenheiten können Sie im Einzelnen Teil 2 Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL) entnehmen.

**7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?**
Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Ebenso wichtig ist es, dass Sie uns alle Belege bezüglich des Versicherungsfalles bis spätestens zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Auslandsreise einreichen.

2.2 und 2.4 der Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL) enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall, deren Verletzung nach 2.3 und 2.4 Ziffer 3 der Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL) bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

**8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt und mit Zahlung des Erstbeitrages.

Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres geschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern er nicht zum Ablauf des Versicherungsjahres fristgerecht gekündigt wird.

**9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?**
Sie haben die Möglichkeit Ihre Auslandsreise-Krankenversicherung erstmals zum Ablauf des ersten Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Anschließend können Sie den Versicherungsvertrag ebenfalls mit einer Frist von einem Monat jeweils zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.

Die Einzelheiten hierzu finden Sie unter 3.1 der Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL).

**Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind, sondern nur einen ersten Überblick über das angebotene Produkt verschaffen sollen. Inhalt und Umfang des Vertrages ergeben sich ausschließlich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Regelungen.**

# Vertragsgrundlage 082
# Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL)



Diese Krankenversicherung bietet Schutz bei im Ausland eintretenden Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen. Der Abschluss dieser Versicherung ist für Personen möglich, die über einen Wohnsitz in Deutschland verfügen. Wohnsitz ist der Ort, an dem sich die versicherte Person ständig niedergelassen hat.

## Inhalt

**Teil 1: Leistungen**

1.1. Allgemeine Regelungen zur Leistung

1.1.1 Was ist der Versicherungsfall?
1.1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
1.1.3 Wie lange gilt der Versicherungsschutz und wann endet er?
1.1.4 Welche Nachweise sind erforderlich, wenn Aufwendungen erstattet werden sollen?
1.1.5 Was ist zusätzlich noch im Hinblick auf die Leistung zu beachten?

1.2 Leistungsumfang

1.2.1 Welche Aufwendungen werden bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung erstattet?
1.2.2 Welche Aufwendungen werden bei einem Rücktransport erstattet?
1.2.3 Welche Aufwendungen werden bei Überführung oder Bestattung erstattet?
1.2.4 Welche Leistungserbringer werden bei der Erstattung der Kosten anerkannt?
1.2.5 Welche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden erstattet?
1.2.6 In welchen Fällen besteht keine bzw. nur eingeschränkte Leistungspflicht?

**Teil 2: Vertragspflichten**

2.1 Was muss bei der Zahlung des Beitrages beachtet werden?
2.2 Was ist im Versicherungsfall als Verhaltensregeln (Obliegenheiten) zu beachten?
2.3 Welche Folgen haben Verletzungen von Verhaltensregeln (Obliegenheitsverletzungen)?
2.4 Welche Voraussetzungen gelten für den Übergang von Ansprüchen gegenüber Dritten auf die AXA und was ist dabei zu beachten (Obliegenheiten)?

**Teil 3: Allgemeine vertragliche Regelungen**

3.1 Wie lange dauert der Vertrag bzw. wann ist eine Kündigung möglich?
3.2 Was ist bei Mitteilungen an den Versicherer zu berücksichtigen?
3.3 Welches Gericht ist zuständig?

## Teil 1: Leistungen

### 1.1. Allgemeine Regelungen zur Leistung

#### 1.1.1 Was ist der Versicherungsfall?

(1) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls. Krankheiten sind auch Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen, Früh- oder Fehlgeburten sowie medizinisch notwendige Abbrüche einer Schwangerschaft.

Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Neugeborene
a) bis zur Vollendung der 36. Woche einer Schwangerschaft entbunden wird, oder
b) am Tag der Geburt weniger als 2500 Gramm wiegt.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist.

(2) Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Deutschland gilt unabhängig vom Wohnsitz nicht als Ausland. Als Ausland gilt auch nicht das Land, in dem die versicherte Person ihrer ständigen Berufsausübung nachgeht. Ebenfalls nicht als Ausland gilt der Staat, in den die versicherte Person nach Abschluss des Vertrages ihren Wohnsitz verlegt.

#### 1.1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein oder in der Versicherungsbestätigung genannt wird (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Zahlung des ersten Beitrages bzw. der vollziehbaren Ermächtigung zum Lastschrifteinzug.

(2) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Auslandsreisen, bei denen die Ausreise bereits vor Abschluss des Vertrages erfolgte.

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

(4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt. Voraussetzung hierfür ist erstens, dass am Tag der Geburt ein Elternteil bei uns versichert ist. Voraussetzung ist zweitens, dass die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Die Regelung gilt entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.

#### 1.1.3 Wie lange gilt der Versicherungsschutz und wann endet er?

(1) Der Versicherungsschutz gilt bei jeder Auslandsreise für die ersten 56 Tage (8 Wochen).

(2) Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf von 56 Tagen einer Reise, oder wenn der Vertrag beendet wird. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle.

(3) Ist aus medizinischen Gründen die Rückreise bis zum Ende des Versicherungsschutzes nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht. Diese verlängert sich bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Transportfähigkeit wieder hergestellt ist.

VK078 11.05.2016 21011319 (09.16)

**1.1.4 Welche Nachweise sind erforderlich, wenn Aufwendungen erstattet werden sollen?**

(1) Eine Pflicht zur Leistung besteht nur, wenn die Rechnung im Original vorgelegt wurde und ggf. weitere erforderliche Nachweise erbracht sind. Erfolgt zuvor eine Erstattung von Kosten durch Dritte (z.B. den in Teil 1, 1.1.5, Ziffer 2 genannten), ist die Vorlage von Kopien ausreichend. Auf den Kopien müssen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt werden.

(2) Belege müssen folgendes enthalten:
- Namen des Behandlers
- Vor- und Zuname der behandelten Person
- Geburtsdatum der behandelten Person
- Bezeichnung der Krankheit (Diagnose)
- Daten der Behandlungen

Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und eine Bestätigung der Zahlung deutlich hervorgehen.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch Dritte (z.B. den in Teil 1, 1.1.5, Ziffer 2 genannten) müssen nachgewiesen werden.

(3) Zum Nachweis des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über den Tod der versicherten Person einzureichen.

**1.1.5 Was ist zusätzlich noch im Hinblick auf die Leistung zu beachten?**

(1) Der Versicherungsnehmer kann in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennen. In diesem Fall ist der Versicherer verpflichtet an die versicherte Person zu leisten. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen, sowie der Sozialversicherungsträger, gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer geht in diesen Fällen in Vorleistung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherungsfall diesem unter Vorlage der entsprechenden Nachweise gemeldet wird und die versicherte Person, die zum Bezug der Leistungen aus anderen Versicherungsverträgen oder der Sozialversicherungsträger berechtigt ist, ihre Leistungsansprüche gegenüber dem anderen Versicherer oder den Sozialversicherungsträgern in Höhe des vom Versicherer erstatteten Betrages an diesen abgetreten hat. Auf die Geltendmachung der Kostenerstattung gegenüber einer Privaten Krankheitskostenvollversicherung wird verzichtet, soweit von der versicherten Person nachgewiesen wird, dass hierdurch ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht.

(3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden umgerechnet. Dies erfolgt zum aktuellen Kurs des Tages in Euro, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen. 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. Dabei gilt der jeweils neueste Stand. Es sei denn, dass die notwendigen Fremdwährungen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden. Die versicherte Person muss dies durch den Beleg einer Bank nachweisen.

(4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland können von den Leistungen abgezogen werden. Das gleiche gilt für besondere Formen der Überweisung, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

(6) Die Fälligkeit von Leistungen des Versicherers in Geld ist an zwei Voraussetzungen gebunden. Dies sind die Feststellung des Versicherungsfalls und dass die notwendigen Erhebungen zum Umfang der Leistung des Versicherers abgeschlossenen sind.

**1.2 Leistungsumfang**

**1.2.1 Welche Aufwendungen werden bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung erstattet?**

(1) Erstattet werden die Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung und, soweit am Aufenthaltsort der versicherten Person kein geeigneter Arzt praktiziert, entweder
a) das vom Arzt für einen Arztbesuch berechnete Wegegeld, oder
b) die Vergütung für eine Taxifahrt zum nächstgelegenen geeigneten Arzt.

(2) Erstattet werden die Aufwendungen für Arznei- und Verbandsmittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht:
- Nährmittel
- Stärkungsmittel
- kosmetische Mittel
- Mineralwässer und Badezusätze
- Potenzmittel
- empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer)
- Haarwuchsmittel
- nicht rezeptpflichtige Schlankheits- und Abführmittel

(3) Erstattet werden die Aufwendungen für im Folgenden genannte Heilmittel:
- Bäder
- Massagen
- medizinische Packungen
- Inhalationen
- Heil-/ Krankengymnastik
- Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms

(4) Erstattet werden die Aufwendungen während des Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland für erstmals erforderliche Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung. Ausgenommen sind Sehhilfen (z.B. Brillen und Kontaktlinsen) und Hörgeräte.

(5) Erstattet werden die Aufwendungen für Röntgen- und Strahlenbehandlung sowie Röntgen- und Strahlendiagnostik.

(6) Erstattet werden die Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung (Amalganfüllungen). Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Instandsetzung von Zahnersatz, provisorischem Zahnersatz und Kronen zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit.

(7) Erstattet werden die Aufwendungen für Behandlungen im Krankenhaus und Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

(8) Erstattet werden die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein versichertes Kind bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres stationär behandelt werden muss.

**1.2.2 Welche Aufwendungen werden bei einem Rücktransport erstattet?**

(1) Erstattet werden die Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person entweder,
a) an den Wohnsitz der versicherten Person, oder
b) in das dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

(2) Für den Rücktransport ist das kostengünstigste Transportmittel unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten zu wählen. Eventuell ersparte Aufwendungen für die vorgesehene Rückreise sind für die Erstattung der Rücktransportkosten nicht zu berücksichtigen.

(3) Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson. Voraussetzung hierfür ist, dass die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

(4) Auf Wunsch des Versicherungsnehmers organisiert AXA den Rücktransport der versicherten Person.

**1.2.3 Welche Aufwendungen werden bei Überführung oder Bestattung erstattet?**

Erstattet werden die Aufwendungen für
- die Überführung einer versicherten Person an deren letzten Wohnsitz, oder
- die Bestattung einer versicherten Person an deren Aufenthaltsort im Ausland bis maximal 10.000 Euro.

Eventuell ersparte Aufwendungen für die vorgesehene Rückreise sind für die Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten nicht zu berücksichtigen.

**1.2.4 Welche Leistungserbringer werden bei der Erstattung der Kosten anerkannt?**

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. Ebenfalls berücksichtigt werden liquidationsberechtigte Angehörige von staatlich anerkannten medizinischen Assistenzberufen (Heil- bzw. Heilhilfsberufe). Voraussetzung ist, dass sie für das jeweilige Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(2) Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten verordnet wurden.

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

**1.2.5 Welche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden erstattet?**

Der Versicherer leistet in vertraglichem 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. Alternativ leistet er für Methoden und Arzneimittel, die angewendet 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.

**1.2.6 In welchen Fällen besteht keine bzw. nur eingeschränkte Leistungspflicht?**

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

a) Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist. Keine Leistungspflicht besteht ebenfalls für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt der versicherten Person bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten. Dies gilt nicht, wenn die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
b) solche Krankheiten, einschließlich ihrer Folgen, sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse, innere Unruhen oder terroristische Aktionen verursacht werden. Dies gilt nur, sofern die versicherte Person aktiv an diesen Ereignissen teilnimmt;
c) Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat;
d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
e) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen sowie für Hypnose;
f) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung, sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (soweit nicht von Teil 1, 1.1.1, Ziffer 1 erfasst);
g) neue Anfertigungen von definitivem Zahnersatz, funktionsanalytische und therapeutische Behandlungen und kieferorthopädische Behandlungen;
h) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
i) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
j) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
k) Behandlungen wegen Sterilität und künstlicher Befruchtung.

(2) Eine eingeschränkte Leistungspflicht besteht, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Der Versicherer kann in diesen Fällen seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

## Teil 2: Vertragspflichten

**2.1 Was muss bei der Zahlung des Beitrages beachtet werden?**

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und ist im Lastschrifteinzugsverfahren zu entrichten.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(3) Der Beitrag gilt als zu dem Zeitpunkt gezahlt, zu dem eine vollziehbare Lastschrifteinzugsvollmacht dem Versicherer erteilt wird.

(4) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person.
Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsjahr beginnt, und dem Geburtsjahr. Wird mit Beginn eines neuen Versicherungsjahres die nächsthöhere Altersgruppe erreicht, so ist ab diesem Versicherungsjahr der Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen.

**2.2 Was ist im Versicherungsfall als Verhaltensregeln (Obliegenheiten) zu beachten?**

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen. Das gleiche gilt für die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Teil 1,1.1.5 Ziffer 1). Jede stationäre Behandlung im Krankenhaus ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(3) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um den Versicherungsfall oder die Leistungspflicht des Versicherers und ihren Umfang festzustellen. Das gleiche gilt für die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person.

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

**2.3 Welche Folgen haben Verletzungen von Verhaltensregeln (Obliegenheitsverletzungen)?**

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung ganz oder teilweise frei, wenn eine der in Teil 2, 2.2 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Dabei hat der Versicherer die in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Einschränkungen zu beachten. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

**2.4 Welche Voraussetzungen gelten für den Übergang von Ansprüchen gegenüber Dritten auf die AXA und was ist dabei zu beachten (Obliegenheiten)?**

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Erstattung von Kosten sowie Sach- und Dienstleistung) 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 vorsätzlich die in den Ziffern 1 und 2 genannten Verhaltensregeln (Obliegenheiten), ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet. Gleiches gilt für die versicherte Person. In beiden Fällen gilt dies, wenn der Versicherer infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Verhaltensregeln (Obliegenheiten) ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen. Die eventuelle Kürzung muss dabei in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis erfolgen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung gegen den Erbringer von Leistungen zu, weil diesem ohne rechtlichen Grund Entgelte gezahlt wurden, sind die Ziffern 1 bis 3 entsprechend anzuwenden. Das gilt nur, wenn der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages bereits Erstattungsleistungen erbracht hat.

## Teil 3: Allgemeine vertragliche Regelungen

**3.1 Wie lange dauert der Vertrag bzw. wann ist eine Kündigung möglich?**

(1) Der Vertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem als Versicherungsbeginn vereinbarten Datum. Es endet nach Ablauf eines Jahres. (z.B. Beginn des Versicherungsjahres 13.12.2015 Ablauf des Versicherungsjahres 12.12.2016).

(2) Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der Vertragsdauer jeweils um ein Versicherungsjahr. Das gilt nur, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherer mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des Versicherungsjahres gekündigt wird.

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

(4) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen andere Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

**3.2 Was ist bei Mitteilungen an den Versicherer zu berücksichtigen?**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

**3.3 Welches Gericht ist zuständig?**

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz eingereicht werden. Alternativ können sie bei dem Gericht des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers oder am Sitz des Versicherers eingereicht werden.

(3) Ist der Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

---
Gültig ab 09/2016

## Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

**OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung**
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

**Zahlungsempfänger**

| | |
|---|---|
| Gläubiger | AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln |
| Gläubiger-Identifikationsnummer | DE23ZZZ00000066097 |
| Mandatsreferenz | wird gesondert mitgeteilt |

**Zahlungspflichtiger**

| | |
|---|---|
| Titel | |
| Anrede | |
| Vorname Kontoinhaber | |
| Nachname Kontoinhaber | |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | . . |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Land | |
| Kreditinstitut | |
| IBAN | |
| BIC | |
| bzw. | |
| Kontonummer | |
| BLZ | |

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | |
| Unterschrift(en) | ✗ |

Antwort

AXA Konzern AG
SEPA-Lastschriftmandat
Postfach 92 01 13
51151 Köln

# Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

## VVG



**§ 14 Fälligkeit der Geldleistung**

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

**§ 19 Anzeigepflicht**

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

**§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur 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.

**§ 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.

VP884 16.01.2017 21010777 (01.17)

| | | |
|---|---|---|
| **§ 86 Fortsetzung** | (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. |
| **§ 193 Versicherte Person** | (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.<br>(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,- Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,- Euro. | Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die<br>1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder<br>2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder<br>3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder<br>4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.<br>Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.<br>(...) |
| **§ 194 Anzuwendende Vorschriften** | (1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.<br>(2) 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.<br>(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht. |
| **§ 195 Versicherungsdauer** | (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.<br>(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten | vereinbart werden.<br>(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird. |
| **§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung** | (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. | (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.<br>(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.<br>(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren. |
| **§ 204 Tarifwechsel** | (1) [1]Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser<br>1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem | Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsaus- |

**§ 204 Fortsetzung**

schluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 01. Juli 2009 beantragt wurde;
ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;
2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. Juli 2009 erfolgte.
[2] Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.
[3] Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.
(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Vesicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196 besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.
(4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

**§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers**

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.
(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

**§ 206**

(**1**) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
(...)

# VAG

**§ 153 Notlagentarif**

(**1**) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

# SGB V

**§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte**

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 146 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten 6 Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31.12.2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

# Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

## 1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.
Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

## 2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

[1] Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

# Übersicht der Dienstleister des AXA Konzerns

gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Stand 23.09.2016

**Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen:**

- AXA ART Versicherung AG
- AXA Bank AG
- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- AXA MATRIX Risk Consultants Deutschland, ZN der AXA Matrix Risk Consultants S.A., Paris
- AXA Versicherung AG
- clerita GmbH
- DBV Deutsche Beamtenversicherung, ZN der AXA Versicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG
- Helmsauer & Preuss GmbH
- INREKA Finanz AG
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Pro bAV Pensionskasse AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH

**Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):**

| Auftraggebende Gesellschaft | Dienstleister | Gegenstand / Zweck der Beauftragung | Gesundheits-daten |
|---|---|---|---|
| Alle Konzerngesellschaften | AXA Konzern AG | Antrags-, Vertrags-, Leistungs- und Regressbearbeitung, Vermittlerbetreuung | ja |
| | AXA Group Solutions S.A. einschl. Ndl. Deutschland | Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen | nein |
| | AXA Logistik & Service GmbH | Post-, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung | ja |
| | AXA Technology Services Germany GmbH und GIE AXA Tech Belgium | Rechenzentrumsbetreiber | ja |
| | AXA Customer Care Center GmbH | Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung | ja |
| | ARA GmbH | Telefonischer Kundendienst | nein |
| | AXA Assistance Deutschland GmbH | Telefonischer Kundendienst | ja |
| | GIE AXA | Hosting, Datenselektionen | nein |
| | GDV Dienstleistungs GmbH | Datentransfer mit Vermittlern u. Dienstleistern | nein |
| AXA ART Versicherung AG | ACS Information Technologies UK Limited | Rechenzentrumsbetreiber | nein |
| AXA Krankenversicherung AG | ViaMed GmbH | Leistungsprüfung | ja |
| | ROLAND Assistance GmbH | Diseasemanagement | ja[1] |
| | MedicalContact AG | Diseasemanagement | ja[1] |
| | Sanvartis GmbH | Diseasemanagement | ja[1] |
| | IMB Consult GmbH | Medizinische Gutachten | ja[1] |
| | unternehmen online GmbH & Co.KG | Betrieb online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme) | ja |
| AXA Lebensversicherung AG | AXA Bank AG | Depotverwaltung für Fondspolicen | nein |
| | April Deutschland AG | Bestands- und Leistungsbearbeitung | ja |
| | Vorsorge Lebensversicherung AG | Antrags-/Leistungsbearbeitung (Zahlungssystem ERGO und Münchner Rück) | ja |
| | unternehmen Online GmbH & Co.KG | Betrieb online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme) | ja |
| | SP Consult AG | Antrags- und Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung | nein |
| | Pingus GmbH | Unterstützung bei Nachbearbeitung angeforderter Angebote | ja |
| AXA Versicherung AG/ AXA easy Versicherung AG/ DBV Deutsche Beamten-versicherung, ZN der AXA Versicherung AG | AXA Assistance Deutschland GmbH | Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Kreditkarteninhaber, Bestandsverwaltung, Leistungs-bearbeitung für Mietwagen-KFZ-versicherungen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden | ja[1] |
| | April Deutschland AG | Bestands- und Leistungsbearbeitung | ja |
| | Versicherungsforen medi-part GmbH | Leistungsbearbeitung | ja[1] |
| | Actineo GmbH | Anforderung medizinische Auskünfte | ja[1] |
| | Inter Partner Assistance S.A. | Schutzbriefleistungen | nein |
| | Öconsult Assekuranzberatung OHG | Regressprüfung | ja |

**Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:**

| Auftraggebende Gesellschaft | Dienstleister<u>kategorie</u> | Gegenstand / Zweck der Beauftragung | Gesundheits-daten |
|---|---|---|---|
| Alle Konzerngesellschaften | Adressermittler | Adressprüfung | nein |
| | Gutachter/ med. Experten | Antrags-/ Leistungs-/ Regressprüfung | zum Teil[1] |
| | Assisteure | Assistanceleistungen | zum Teil[1] |
| | Marktforschungsunternehmen | Marktforschung, Kundenzufriedenheitsanalyse | nein |
| | Marketingagenturen/ -provider | Marketingaktionen | nein |
| | Lettershops/ Druckereien | Postsendungen/ Newsletter (E-Mail) | nein |
| | Aktenlager | Lagerung von Akten | ja |
| | IT-Dienstleister | Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen/Onlineservices | ja |
| | Rechtsanwaltskanzleien | Forderungseinzug | ja |
| | Inkassounternehmen/Auskunfteien | Forderungsbearbeitung, Existenznachweis | nein |
| | Rückversicherer | Monitoring | ja |
| | Entsorgungsunternehmen | Abfallbeseitigung | ja |
| | Routenplaner | Schadenbearbeitung/ Terminplanung | nein |
| | Rehabilitationsdienst | Rehabilitationsmanagement | ja |
| | Service-Gesellschaften | Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft (techn. Versicherungen) | nein |
| | Vermittler | Antrags-, Leistungs- u. Schadenbearbeitung, Beratung | zum Teil[1] |
| | Telefonischer Kundendienst | Temporärer Kundendienst in bes. Geschäftsprozessen | ja |
| AXA Krankenversicherung AG | Heil-/ Hilfsmittellieferant | Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln | ja |

**Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz einsehbar.**

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie dieser Beauftragung ggf. widersprechen.

[1] ggf. mit separater Einwilligung

# Vertragsinformationen zur privaten Krankenversicherung nach Tarif singleTRAVEL

**1. Ihr Vertragspartner**
AXA Krankenversicherung AG
Sitz: Köln
Handelsregister Köln
Registernummer: HR B Nr. 1012

**2. Zuständiger Versicherungsvermittler**
Namen und Kontaktdaten Ihres Versicherungsvertreters oder -maklers entnehmen Sie ggf. dem Versicherungsschein. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

**3. Ladungsfähige Anschrift Ihres Vertragspartners und dessen gesetzliche Vertreter**

AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungsteuernr.: 9116/810/03020
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Buberl;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender; Dr. Andrea van Aubel, Jens Hasselbächer,Frank Hüppelshäuser, Dr. Nils Kaschner, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin

**Hauptgeschäftstätigkeit Ihres Vertragspartners**
Unser Unternehmen betreibt ausschließlich die Kranken- und Pflegeversicherung.

**4. Garantiefonds**
Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied des folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: 0221/9987-0; Telefax: 0221/9987-3952

**5. Rechtliche Grundlagen für Ihren Versicherungsvertrag sowie dessen wesentliche Merkmale**
Inhalt und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL).
Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

**6. Prämie**
Die zu zahlende Prämie entnehmen Sie bitte dem beigefügten Produktinformationsblatt.

**7. Zusätzlich anfallende Kosten**
Zusätzliche Kosten oder Gebühren sind nicht vertraglich vereinbart.