

Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF

Die Familienauslandsreise-Krankenversicherung der Concordia Krankenversicherungs-AG

Mit unserer Familienauslandsreise-Krankenversicherung haben Sie eine gute Wahl getroffen. Sie und Ihre Familienangehörigen können in jedem Versicherungsjahr so oft verreisen, wie Sie möchten. Bei jeder Reise – egal, ob sie privat oder beruflich bedingt ist – sind Sie für eine Dauer von bis zu 6 Wochen versichert. Die mitversicherten Personen sind auch dann versichert, wenn sie allein verreisen.

Insbesondere, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise krank wird oder einen Unfall erleidet, erstatten wir die entstehenden Kosten für

- medizinisch notwendige ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen,
- medizinisch notwendige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie
- einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf den folgenden Seiten beschreiben wir umfassend, welche Kosten wir Ihnen in diesen Fällen erstatten. Dort lesen Sie auch, was der Tarif AKF darüber hinaus leistet.

Bitte beachten Sie auch die Bestimmungen in § 4. Hier ist geregelt, wann wir nicht oder nur eingeschränkt leisten.

Günstiger Beitrag

Sofern das älteste versicherte Familienmitglied nicht älter als 64 Jahre ist, kostet Sie das Plus für die ganze Familie für ein Versicherungsjahr 30,00 €. Sofern das älteste versicherte Familienmitglied älter als 64 Jahre ist, kostet Sie das Plus für die ganze Familie für ein Versicherungsjahr 75,00 €.

Wenn das älteste versicherte Familienmitglied 65 Jahre alt wird, erhöht sich der Beitrag ab dem folgenden Versicherungsjahr. Diesen buchen wir automatisch zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres ab.

...und nach einem Jahr?

Falls Sie die Laufzeit Ihrer Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben, läuft sie jährlich automatisch weiter, wenn sie nicht durch Kündigung, Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland oder Tod beendet wird. Sie brauchen sich dann also um nichts mehr zu kümmern, wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen im nächsten Jahr wieder eine oder mehrere Auslandsreisen planen.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie im Ausland krank werden?

Bitte bezahlen Sie die Rechnungen vor Ort zunächst selbst und achten Sie darauf, dass die Rechnungen folgende Daten enthalten:

- Name und Geburtsdatum der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit und
- Angabe der einzelnen Leistungen sowie der einzelnen Daten Ihrer Behandlung.

Bei Behandlungen im Krankenhaus muss die Rechnung zudem die Daten der Aufnahme und der Entlassung enthalten.

Wichtiger Hinweis, wenn Sie noch eine weitere Versicherung haben

Haben Sie noch eine weitere Krankenversicherung, z.B. im Rahmen Ihrer Kreditkarte? Oder sind Sie Mitglied in einem Verband, einem Verein oder einem Automobilclub, z.B. ADAC, ACE oder AvD, der im Rahmen der Mitgliedschaft im Ausland Leistungen oder Hilfen erbringt, wenn Sie krank werden oder einen Unfall erleiden? Dann bitten wir Sie, die Rechnung zunächst dort einzureichen, denn diese Ansprüche gehen unseren Leistungsverpflichtungen vor. Genauer dazu lesen Sie bitte in § 5.

Wie funktioniert die Abrechnung mit uns?

Bitte schicken Sie nach Ihrer Rückkehr Ihre Rechnungen an folgende Adresse:

Concordia Krankenversicherungs-AG
30621 Hannover

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsscheinnummer an. Diese finden Sie auf Ihrem Bestätigungsschreiben.

Müssen Sie im Ausland **stationär behandelt** oder aus dem Ausland **zurücktransportiert** werden, rufen Sie bitte unsere Assistance-Hotline an. Fachkundige Mitarbeiter und Ärzte helfen Ihnen, alles Erforderliche zu organisieren. Die Hotline ist Tag und Nacht besetzt.

Telefon: +49 (0)511/5701-2400

Bei Fragen zum Inhalt Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung wenden Sie sich bitte an unser Servicetelefon

Telefon: +49 (0)511/5701-1188
Telefax: +49 (0)511/5701-1141.

Bei Fragen im Leistungsfall wenden Sie sich bitte an unseren Leistungsbereich

Telefon: +49 (0)511/5701-1646
Telefax: +49 (0)511/5701-1905.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF (AVB/AKF 2016)

	Seite
§ 1 Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?	4
(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?	4
(2) Was ist versichert?	4
(3) Was ist ein Versicherungsfall?	4
(4) Welche Reisen sind versichert?	4
(5) Wie lange sind Sie versichert?	4
(6) Wer kann sich versichern?	4
(7) Was sind die Grundlagen Ihres Vertrages?	4
§ 2 Wie schließen Sie diese Versicherung ab und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	4
§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	5
(1) Unter welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?	5
(2) Für welche Methoden leisten wir, wenn die versicherte Person untersucht und behandelt werden muss?	5
(3) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person ambulant behandelt werden muss?	5
(4) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stationär behandelt werden muss?	5
(5) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zahnärztlich behandelt werden muss?	5
(6) Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?	5
(7) Was erstatten wir für Heilmittel?	5
(8) Was erstatten wir für Hilfsmittel?	5
(9) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person schwanger ist?	5
(10) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss?	6
(11) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stirbt?	6
(12) Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?	6
(13) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?	6
(14) Welche Assistance-Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	6
§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	6
(1) In welchen Fällen leisten wir nicht?	6
(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	7
§ 5 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?	7
§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?	7
(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir Ihnen die Leistungen erstatten können?	7
(2) An wen zahlen wir die Leistungen aus?	7
(3) Welche Kosten können wir von den Leistungen abziehen?	7
§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
(1) Was kostet die Versicherung?	8
(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
§ 8 Wann endet die Versicherung und wann endet Ihr Versicherungsschutz?	8
§ 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag und wie kann er gekündigt werden?	8

§ 10 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen?	8
Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	8
(1) Welche Pflichten sind zu beachten?	8
(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	8
(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?	9
§ 11 Wann können wir die Bedingungen und die Beiträge dieser Versicherung ändern?	9
§ 12 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	9
§ 13 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	9
§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	9
(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?	9
(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?	9
(3) Wo können wir eine Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?	9
Anhang	10

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF (AVB/AKF 2016)

§ 1 Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Concordia Krankenversicherungs-AG mit Sitz in Hannover.

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.

Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig versicherte Person. Ihre Familienangehörigen bezeichnen wir ebenfalls als versicherte Personen.

Die Versicherung nach Tarif AKF ist eine Familienauslandsreise-Krankenversicherung gegen festen Beitrag.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall.

Ist der Versicherungsfall bereits im Inland eingetreten, erstatten wir die versicherten Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland, wenn

- sich die Erkrankung während der Auslandsreise verschlechtert hat und
- die Heilbehandlung vor Beginn der planmäßigen Rückreise erforderlich ist.

(3) Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Bei Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten sowie medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss. Verstirbt die versicherte Person, liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor.

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln, die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- oder Sportunfälle.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie bitte in § 3. Bitte lesen Sie auch § 4 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht oder nur eingeschränkt leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

(4) Welche Reisen sind versichert?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Reisen im Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort hat. Das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

(5) Wie lange sind Sie versichert?

Versicherungsschutz besteht für alle Reisen bis zu jeweils 6 Wochen. Dauert eine Reise länger, besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 6 Wochen. Wenn das Versicherungsjahr während Ihrer Reise endet, dann besteht der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn Ihre Versicherung nicht endet. Der Versicherungsschutz verlängert sich, wenn die

versicherte Person nach 6 Wochen nicht zurückreisen kann, weil sie reise- oder transportunfähig ist. Die genaue Regelung finden Sie bitte in § 8.

Reiseunfähig bedeutet, dass die versicherte Person so krank oder verletzt ist, dass sie nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann. Sie kann aber z.B. in einem intensivmedizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel befördert werden. Transportunfähig bedeutet, dass die versicherte Person so krank oder verletzt ist, dass sie selbst in einem intensivmedizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel nicht transportiert werden darf.

(6) Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Familienangehörige sind Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten sowie deren minderjährigen leiblichen Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder. Alle Familienangehörigen müssen namentlich in der Anmeldung benannt sein und in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wir können je Vertrag in diesem Tarif höchstens 2 Erwachsene versichern.

Die Familienangehörigen sind auch dann versichert, wenn sie allein verreisen.

(7) Was sind die Grundlagen Ihres Vertrages?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Der Vertrag unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Wie schließen Sie diese Versicherung ab und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Den Versicherungsvertrag müssen Sie vor Antritt der Reise abschließen. Schließen Sie den Vertrag im Ausland ab, besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.

Wenn Sie den Versicherungsvertrag auf dem von der Concordia Krankenversicherungs-AG vorgesehenen und gültigen Anmeldeformular abgeschlossen und das Lastschriftverfahren vereinbart haben, dann kommt der Versicherungsvertrag bereits an dem Tag zustande, an dem Sie das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular versandt haben (Datum des Poststempels). Dies setzt voraus, dass das Anmeldeformular bei der Concordia Krankenversicherungs-AG eingegangen ist. Als Versicherungsschein gilt das Anmeldeformular.

Wenn der Versicherungsvertrag im elektronischen Geschäftsverkehr nach § 312i Abs. 1 Satz 1 BGB zustande kommt (z.B. durch Abschluss des Versicherungsvertrages im Internet), dann kommt der Versicherungsvertrag mit der erfolgreichen Übermittlung der Anmeldung zum Versicherungsschutz an die Concordia Krankenversicherungs-AG zustande. Die Anmeldung zum Versicherungsschutz gilt als Versicherungsschein, den wir Ihnen an die angegebene E-Mail-Adresse zustellen, nachdem Sie die Anmeldung versandt haben.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, den Sie als Versicherungsbeginn angegeben haben. Er beginnt jedoch nicht

- bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben,
- bevor Sie den Erstbeitrag gezahlt haben und
- bevor Sie sich im Ausland befinden.

Sie haben selbst bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz, wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag nicht durchgeführt hätte, weil das Konto nicht gedeckt war.

Bringt eine versicherte Person während der Auslandsreise ein Kind zur Welt, beginnt dessen Versicherung ab Geburt, wenn

- am Tag der Geburt ein Elternteil in diesem Tarif versichert ist und
- Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend im Tarif AKF anmelden.

In diesem Fall beginnt die Versicherung während des Aufenthaltes im Ausland.

Wenn Sie ein minderjähriges Kind adoptieren, stellen wir dies der Geburt eines Kindes gleich.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

(1) Unter welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Freie Arztwahl

Die versicherte Person kann unter den folgenden, im Reise-land gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen Personen, die wir als Leistungserbringer bezeichnen, frei wählen:

- Ärzten,
- Zahnärzten,
- Heilpraktikern,
- Chiropraktikern und
- Osteopathen (sofern ärztlich verordnet).

Freie Krankenhauswahl

Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung kann die versicherte Person unter den Krankenhäusern frei wählen, die im Reiseland allgemein als Krankenhaus anerkannt sind und

- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen sowie
- Krankengeschichten führen.

(2) Für welche Methoden leisten wir, wenn die versicherte Person untersucht und behandelt werden muss?

Muss die versicherte Person untersucht und behandelt werden, leisten wir für Methoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben, z.B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Chiropraktik und therapeutische Lokalanästhesie oder
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewandt hätte.

(3) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person ambulant behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik,
- den medizinisch notwendigen Transport im Notfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und
- den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

(4) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stationär behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung einschließlich sonstiger medizinisch notwendiger Leistungen,

- medizinisch notwendige Operationen und Operationsnebenkosten,
- Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zwar auch dann, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt,
- den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zwar auch dann, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt sowie
- die Unterbringung einer weiteren Person im Krankenhaus, wenn die versicherte Person minderjährig ist.

(5) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zahnärztlich behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- medizinisch notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung,
- die Anfertigung von Provisorien sowie
- medizinisch notwendige Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen), Zahnersatz und Provisorien, die dazu dienen, die Kaufähigkeit der versicherten Person wiederherzustellen.

Für Neuankfertigungen von Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlungen leisten wir nicht.

(6) Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Arznei- und Verbandmittel, wenn diese von einem der Leistungserbringer verordnet wurden. Das Rezept ist mit vorzulegen. Arzneimittel muss die versicherte Person aus der Apotheke beziehen.

Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate. Dies gilt auch, wenn diese von den aufgeführten Leistungserbringern verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten. Bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose gelten jedoch als Arzneimittel.

(7) Was erstatten wir für Heilmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige

- Inhalationen,
 - Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
 - Massagen,
 - Bäder und medizinische Packungen,
 - Wärmebehandlung,
 - Elektrotherapie,
 - Lichttherapie,
 - Strahlenbehandlung sowie
 - sonstige physikalische Behandlungen,
- wenn diese von einem der Leistungserbringer verordnet wurden.

(8) Was erstatten wir für Hilfsmittel?

Wir erstatten die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung für die Dauer der versicherten Reise, wenn

- sie von einem Arzt verordnet wurden und
- auf der versicherten Reise erstmals medizinisch notwendig werden.

Können Hilfsmittel geliehen werden, erstatten wir die Leihgebühren für die Dauer des Aufenthaltes im Ausland.

Sehhilfen und Hörgeräte erstatten wir nicht.

(9) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person schwanger ist?

Wir erstatten die Kosten, wenn die versicherte Person

- wegen Schwangerschaftskomplikationen von einem Arzt untersucht und/oder behandelt werden muss,

- eine Fehlgeburt erleidet,
- vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche entbindet oder
- die Schwangerschaft aus medizinischen Gründen abbrechen muss.

(10) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss?

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung der versicherten Person vom Reiseland zurück in die Bundesrepublik Deutschland, wenn sie krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass sie deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder
- in das vom Wohnsitz aus nächst erreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport, wenn

- dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder
- die versicherte Person so schwer erkrankt ist, dass sie länger als zwei Wochen im Ausland stationär behandelt werden müsste oder
- die Kosten des Rücktransports günstiger sind als die erstattungsfähigen Kosten der weiteren Heilbehandlung.

Wird die versicherte Person beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, übernehmen wir die Kosten für eine Begleitperson, wenn

- für die Begleitperson zum Zeitpunkt des Rücktransports bei uns ebenfalls Versicherungsschutz für Rücktransport besteht und
- die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

(11) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stirbt?

Wir erstatten die notwendigen Kosten, um den Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zu überführen.

Alternativ erstatten wir die Kosten, um den Verstorbenen im Reiseland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

(12) Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Müssen mitreisende minderjährige leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder im Ausland betreut werden, erstatten wir die notwendigen Kosten der Notfallbetreuung vor Ort, wenn

- die versicherte Person die Kinder nicht betreuen kann, weil sie sich aus medizinisch notwendigen Gründen im Krankenhaus befindet, zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und
- kein anderer Mitreisender die Kinder betreuen kann und
- die Kinder in diesem Vertrag oder in einem anderen Vertrag bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen AKF oder AKE versichert sind.

Ist die versicherte Person verstorben oder wurde sie in die Bundesrepublik Deutschland zurücktransportiert, übernehmen wir die Kosten solange, bis die Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zurückkehren, längstens für 4 Wochen. Pro Tag erstatten wir die Kosten höchstens bis zu dem Betrag, den eine Person am Tag durchschnittlich in dem jeweiligen Reiseland brutto verdient.

(13) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?

Wir erstatten die Kosten insgesamt bis zu 5.000 €, wenn die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder Tod gesucht, gerettet oder geborgen werden muss.

(14) Welche Assistance-Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Wir bieten im Versicherungsfall einen 24-stündigen Notrufservice unter der Telefonnummer

+ 49 (0)511/5701-2400

mit folgenden Assistance-Leistungen an:

- Sie erhalten Auskunft zu Ärzten, Arzneimitteln und Kliniken im Ausland,
- wir stellen Kontakt zum Hausarzt her,
- wir erklären die Übernahme der erstattungsfähigen Kosten gegenüber dem Krankenhaus im Ausland,
- wir prüfen die Flugtauglichkeit,
- wir organisieren den Rücktransport oder die Überführung bzw. Bestattung,
- wir führen Arzt-zu-Arzt-Gespräche, um die Diagnosen zu klären und
- wir informieren die Angehörigen und/oder den Arbeitgeber.

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

- wenn die versicherte Person krank ist oder an den Folgen eines Unfalls leidet und deshalb zur Behandlung ins Ausland reist;
- für die Behandlungen und Untersuchungen, von denen schon vor der Reise durch eine ärztliche Diagnose feststeht, dass die versicherte Person sie während der Reise durchführen muss;

das gilt nicht, wenn die versicherte Person die Reise antritt,

- weil der Ehepartner, der Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebensgefährte oder ein Verwandter ersten Grades gestorben ist und
- die Reise aufgrund der Beerdigung oder der Überführung notwendig ist.

Ist der Versicherungsfall eingetreten, bevor die versicherte Person die Reise antritt, erstatten wir die Kosten, die entstehen, weil sich die Erkrankung, die vor Reiseantritt bereits bestand, während der Reise verschlechtert und deshalb eine darüber hinausgehende Heilbehandlung erforderlich ist.

- wenn die versicherte Person verletzt ist oder stirbt, weil sie an Unruhen aktiv beteiligt war;
- wenn die versicherte Person durch Kriegereignisse verletzt wird oder stirbt;

wir leisten aber, wenn

- das Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
- eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn die versicherte Person schon dort ist und
 - sie das Gebiet unverzüglich, d.h. so schnell wie möglich, verlässt oder
 - schuldlos daran gehindert wird, das Gebiet zu verlassen. Das könnte z.B. eintreten, wenn der versicherten Person Lebensgefahr dadurch droht, dass sie das Gebiet verlässt.

- wenn die versicherte Person Berufssportler ist und sich verletzt, während sie an einem Wettkampf aktiv teilnimmt;
- wenn die versicherte Person vorsätzlich einen Unfall oder eine Krankheit einschließlich Selbstmord bzw. Selbstmordversuch herbeiführt;

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.
- wenn die versicherte Person aufgrund einer Sucht, z.B. Alkohol, Drogen etc., Entgiftungs-, Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen durchführen lässt;
- wenn die Behandlungen oder Leistungen nicht unmittelbar notwendig sind, um Krankheiten zu heilen oder zu lindern;

dazu gehören insbesondere

- die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien,
- ärztliche Gutachten und Atteste sowie
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung. Notfalltransporte zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt einschließlich des gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransports erstatten wir.
- wenn die versicherte Person durch Ehepartner, Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder behandelt wird; wir erstatten aber die versicherten Sachkosten, die Sie uns nachweisen;
- wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist oder sich in Verwahrung befindet und deshalb behandelt oder untergebracht werden muss;
Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.
- wenn die versicherte Person mit Hypnose oder psychoanalytisch und/oder psychotherapeutisch behandelt wird und
- wenn die versicherte Person in Sanatorien behandelt wird oder Maßnahmen zur Rehabilitation und Kuren durchführt.

(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Es werden die Verhältnisse im jeweiligen Reisegebiet zugrunde gelegt.

§ 5 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?

Möglicherweise haben Sie den Krankenversicherungsschutz für Auslandsreisen auch bei anderen Versicherern abgesichert. Das kann z.B. die gesetzliche Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche gegen andere Versicherer, sind diese vorrangig. Dies gilt unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde und auch dann, wenn in dem anderen Versicherungsvertrag bzw. Versicherungsverhältnis ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist.

Im Leistungsfall stehen Ihnen dann insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Leistungsfall melden.

Wenn Sie bereits Leistungen von einem anderen Versicherer erhalten haben, erstatten wir nur die Kosten, die trotz der Leistungen der anderen Versicherer notwendig bleiben.

Wenn Sie den Leistungsfall zuerst bei uns melden, treten wir in Vorleistung und erstatten Ihnen die Kosten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir uns an die anderen Versicherer wenden, um die Kostenteilung zu klären. Weitere Informationen darüber lesen Sie bitte in § 10 (3).

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir Ihnen die Leistungen erstatten können?

Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie uns die Rechnungsurschriften und die erforderlichen Nachweise – dazu gehören auch Zahlungsnachweise (Bankbelege, Kreditkartenbelege etc.) und Reisezeitraumbestätigungen – vorlegen. Solange Sie diese nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen benötigen wir im Original.

Die **Rechnungen** müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnosen),
- die Angaben der einzelnen Leistungen des Leistungserbringers sowie
- die Daten der Behandlung.

Aus den **Rezepten** müssen wir erkennen können:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- um welches verordnete Medikament es sich handelt,
- was es kostet und
- dass und wann es in der Apotheke bezahlt wurde.

Bei **Zahnbehandlungen** müssen aus den Belegen folgende Informationen hervorgehen:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- welche Zähne behandelt wurden,
- welche Behandlungen vorgenommen wurden und
- wann die Behandlungen erfolgt sind.

Bei **Behandlungen im Krankenhaus** benötigen wir folgende Informationen:

- den Namen und die Anschrift des Krankenhauses,
- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnosen),
- die Angaben der einzelnen Leistungen sowie
- das Aufnahme- und Entlassungsdatum.

Bei einer **Überführung oder Bestattung** im Ausland benötigen wir folgende Dokumente:

- die Kostenbelege,
- eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache sowie
- eine amtliche Sterbeurkunde.

Falls Sie noch eine weitere Versicherung haben, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden. Für diese gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“ nach dem jeweils neuesten Stand. Wir beziehen uns hierbei auf die Veröffentlichung der Deutschen Bundesbank mit Sitz in Frankfurt/Main. Diese Regelung gilt nicht,

- wenn Sie die Devisen für diese Reise teurer erworben haben und
- Sie uns dies durch Bankbelege nachweisen.

(2) An wen zahlen wir die Leistungen aus?

Wir zahlen die Leistungen an Sie aus. Möchten Sie, dass wir die Leistungen an eine versicherte Person auszahlen, müssen Sie uns dies in Textform, z.B. per Fax oder E-Mail, mitteilen.

Sie können die Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

(3) Welche Kosten können wir von den Leistungen abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen in das Ausland oder
- für besondere Überweisungsformen, die Sie oder die versicherte Person veranlasst haben.

§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Was kostet die Versicherung?

Die Versicherung kostet für die ganze Familie pro Versicherungsjahr 30,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied nicht älter als 64 Jahre ist.

Die Versicherung kostet für die ganze Familie pro Versicherungsjahr 75,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied älter als 64 Jahre ist.

Das Versicherungsjahr beträgt ein Jahr, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Als Alter gilt das tatsächliche Alter der versicherten Personen. Wird das älteste versicherte Familienmitglied 65 Jahre alt, so steigt der Beitrag für die ganze Familie ab dem folgenden Versicherungsjahr auf 75,00 €.

Wenn ein mitversichertes Kind 18 Jahre alt wird, stellen wir die Versicherung dieses Kindes ab dem folgenden Versicherungsjahr in eine Einzelversicherung zu dem dann aktuellen Tarif und Beitrag um. Sie bleiben weiterhin Versicherungsnehmer. Darüber informieren wir Sie rechtzeitig vor dem Umstellungszeitpunkt.

Wenn der Beitrag der versicherten Personen in einer Einzelversicherung für Sie günstiger ist, stellen wir Ihren Vertrag ab dem folgenden Versicherungsjahr in eine Einzelversicherung zu dem dann aktuellen Tarif und Beitrag um. Sie bleiben weiterhin Versicherungsnehmer. Darüber informieren wir Sie rechtzeitig vor dem Umstellungszeitpunkt.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Den ersten Beitrag buchen wir mit Fälligkeit unmittelbar nach Abschluss des Vertrages von Ihrem Konto ab. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben oder wenn Sie oder wir den Vertrag nicht kündigen, werden die weiteren Beiträge jeweils zu Beginn des neuen Versicherungsjahres fällig und abgebucht.

Wird eine versicherte Person 65 Jahre alt, erhöht sich der Beitrag für die ganze Familie. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres ab. Sie können den Vertrag zu Beginn des Versicherungsjahres kündigen. Kündigen Sie später als zwei Monate nach Beginn des Versicherungsjahres, ist die Kündigung nicht mehr wirksam.

Wird eine versicherte Person 18 Jahre alt, wird für diese Person der Beitrag für eine Einzelversicherung berechnet. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres ab. Sie können den Vertragsteil der betroffenen versicherten Person zu Beginn des Versicherungsjahres kündigen. Kündigen Sie später als zwei Monate nach Beginn des Versicherungsjahres, ist die Kündigung nicht mehr wirksam.

Wenn der Vertrag in eine Einzelversicherung umgestellt wird, wird für jede versicherte Person der Beitrag für eine Einzelversicherung berechnet. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres ab. Sie können den Vertrag zu Beginn des Versicherungsjahres kündigen. Kündigen Sie später als zwei Monate nach Beginn des Versicherungsjahres, ist die Kündigung nicht mehr wirksam.

§ 8 Wann endet die Versicherung und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag endet, wenn

- Sie die Laufzeit bei Abschluss Ihrer Versicherung von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben;
- Sie oder wir kündigen; weitere Informationen dazu lesen Sie bitte in § 9.
- Sie in der Bundesrepublik Deutschland keinen Wohnsitz mehr haben. Hat eine versicherte Person keinen Wohnsitz mehr in der Bundesrepublik Deutschland, endet deren Versicherung.

Nach Ihrem Tod können die versicherten Personen den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung. Die Leistungen nach § 3 (11) bleiben davon unberührt.

In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz, auch für laufende Versicherungsfälle:

- wenn der Vertrag endet oder
- wenn die versicherte Person 6 Wochen ununterbrochen im Ausland war oder
- bei einem Rücktransport mit der Ankunft am ständigen Wohnsitz bzw. der Aufnahme in ein Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland.

Bei der folgenden Ausnahme besteht weiterhin Versicherungsschutz, auch wenn der Vertrag endet oder die versicherte Person 6 Wochen ununterbrochen im Ausland war.

- Die versicherte Person kann nicht zurückreisen, weil sie reise- oder transportunfähig ist. Dann verlängert sich der Versicherungsschutz solange, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

Der Versicherungsschutz verlängert sich entsprechend für mitreisende minderjährige leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder, wenn die Kinder in diesem Vertrag oder in einem anderen Vertrag bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen AKE oder AKF versichert sind.

§ 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag und wie kann er gekündigt werden?

Sie schließen mit uns den Vertrag für ein Versicherungsjahr ab. Das Versicherungsjahr beträgt ein Jahr, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn weder Sie noch wir ihn in Textform kündigen. Beide Seiten können jeweils zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

Die gesetzlichen Kündigungsrechte bleiben unberührt.

§ 10 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können von Ihnen und der versicherten Person Folgendes verlangen:

- Sie und die versicherte Person müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir benötigen, um feststellen zu können,
 - ob ein Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Darüber hinaus müssen Sie und die versicherte Person uns die Befugnisse erteilen, diese Auskünfte einzuholen
 - bei Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Osteopathen und Chiropraktikern,
 - in Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten,
 - in Pflegeheimen und bei Pflegepersonen,
 - bei anderen Personenversicherern,
 - bei gesetzlichen Krankenkassen sowie
 - bei Berufsgenossenschaften und Behörden.

Diese müssen Sie und die versicherte Person dazu von ihrer Schweigepflicht entbinden.

- Die versicherte Person muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Sie müssen uns den Beginn und das Ende einer jeden Auslandsreise nachweisen.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder eine versicherte Person Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. Schadenersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte sein.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 VVG (siehe Anhang).

Sie müssen Ihre Ersatzansprüche wahren, indem Sie Form- und Fristvorschriften einhalten und uns bei Bedarf unterstützen, die Ansprüche durchzusetzen.

Können wir aufgrund Ihrer vorsätzlichen Pflichtverletzung keinen Ersatz von Dritten erlangen, sind wir leistungsfrei. Wenn Sie Ihre Pflichten grob fahrlässig verletzt haben, sind wir berechtigt, die Leistung zu kürzen. Die Kürzung der Leistung ist abhängig davon, wie schwer Ihr Verschulden ist. Sie müssen uns beweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben.

Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person rechnen wir Ihnen zu.

Grob fahrlässig handeln Sie, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße nicht beachten. Sie haben also nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

§ 11 Wann können wir die Bedingungen und die Beiträge dieser Versicherung ändern?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die in § 7 (1) aufgeführten Beiträge können wir zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres ändern. Dies müssen wir Ihnen zwei Monate vorher mitteilen.

Ändern wir die Beiträge oder die Bedingungen, dann können Sie die Versicherung zu Beginn des neuen Versicherungsjahres kündigen. Sie müssen innerhalb von zwei Monaten kündigen, nachdem Sie unsere

Mitteilung erhalten haben. Kündigen Sie nicht, tritt die Änderung in Kraft.

§ 12 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

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

§ 13 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir eine Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz

§ 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 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 Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.