

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise Krankenversicherung (AVB/AK 2008)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er die im Ausland entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Wenn ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Auslandsreise eingetreten war, werden Aufwendungen insoweit erstattet, als nicht absehbar ärztliche Hilfe im Ausland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod der versicherten Person.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz gilt nur im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat; als Ausland gilt nicht das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Versicherungsfähig sind alle Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt.
- (6) Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres. Die Dauer des einzelnen Aufenthaltes darf dabei einen Zeitraum von 6 Wochen nicht überschreiten. Bei einem längeren Auslandsaufenthalt besteht nur Versicherungsschutz für die ersten 6 Wochen. Endet das Versicherungsjahr (§ 3 Abs. 3) während eines Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), nicht jedoch vor dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages und Zahlung des ersten Beitrages. Erteilt der Versicherungsnehmer bei Antragstellung eine Einzugsermächtigung, gilt der Beitrag als gezahlt, sofern die Lastschrift vom Geldinstitut eingelöst wird.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

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

(2) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Anmeldeformulars beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Absendung (Datum des Poststempels) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt das beim Versicherungsnehmer verbliebene Anmeldeformular.

(3) Kommt der Vertrag im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (z.B. durch Antragstellung über das Internet) zustande, so gilt der Vertrag mit der erfolgreichen Übermittlung der Anmeldung zum Versicherungsschutz an die Concordia Krankenversicherungs-AG als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt Ihre Anmeldung zum Versicherungsschutz. Diese wird Ihnen nach erfolgter Anmeldung an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse gesandt.

(4) Die Dauer des Versicherungsvertrages beträgt ein Jahr (Versicherungsjahr), gerechnet ab Versicherungsbeginn. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

(6) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug der versicherten Personen endet insoweit der Versicherungsvertrag.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet werden.

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

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

- (5) Erstattungsfähig sind
- a) ärztliche Leistungen;
 - b) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
 - c) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten;
 - d) Heilmittel
Als Heilmittel gelten Strahlen, Wärme, Licht und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;
 - f) Transporte
Medizinisch notwendige Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt;
 - g) Rückführungskosten
Erstattung der durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport in die Heimat entstandenen Kosten für den Erkrankten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist oder die Behandlung im Krankenhaus eine Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen erwarten lässt und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet ist. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten sind auf die Ersatzleistungen anzurechnen;
 - h) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen in die Heimat oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 €. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

- (6) Assistance Leistungen
Wir bieten Ihnen einen 24-stündigen Notrufservice an unter der Tel. + 49 (0)511 5701 2400. Dieser Service beinhaltet insbesondere:
- Organisation bei medizinisch notwendigen oder sinnvollen Krankenrücktransporten (Siehe hierzu Abs. 5 g Rückführungskosten)
 - Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung des Verstorbenen zum Bestattungsort in Deutschland (Siehe hierzu Abs. 5 h Bestattungs- / Überführungskosten)
 - Informationen über die ärztliche Versorgung und Benennung eines Arztes vor Ort
 - Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt
 - Durchführung von Arzt zu Arzt Gesprächen zur Klärung von Diagnosen
 - Information der Angehörigen und / oder des Arbeitgebers.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für
- a) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;

- b) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind, dabei gilt es als vorhersehbar, wenn für das jeweilige Land Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes vorliegen. Sollte es zu einem überraschenden Ausbruch von Kriegsereignissen oder inneren Unruhen kommen, ist das Land unverzüglich nach Kenntnisnahme der Kriegsereignisse bzw. inneren Unruhen zu verlassen;
 - d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) Behandlung geistiger oder seelischer Störungen oder Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - f) Untersuchung und Behandlung wegen Entbindung, Frühgeburt und Schwangerschaftsabbruch
 - g) Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
 - h) Hilfsmittel;
 - i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - j) Behandlung durch Ehegatten, Eltern und Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet;
 - k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. aus der gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, tritt der Versicherer gegen Abtretung dieses Leistungsanspruchs in Vorleistung.
- (4) Hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die folgenden Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:
- a) der Anspruch ist durch Originale nachzuweisen;
 - b) die Belege müssen grundsätzlich enthalten:
Name und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;
– ärztliche/zahnärztliche Rechnungen zusätzlich:
Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;
– Arznei-/Heilmittelbezug; Verordnungen zusätzlich:
Art und Menge, Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;
– Krankenhausrechnungen zusätzlich:
Aufnahme- und Entlassungsdatum, Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen;
 - c) der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist außerdem durch eine ärztliche Bescheinigung des im Ausland behandelnden Arztes, der die medizinische Notwendigkeit des Krankentransportes bestätigt, zu begründen;
 - d) der Anspruch auf Erstattung der Überführungskosten ist außerdem durch amtliche Sterbeurkunde sowie ärzt-

liche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.

- (2) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (3) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes unter Berücksichtigung von § 1 Abs. 6 bzw. mit Beendigung des Rücktransportes gemäß § 4 Abs. 5g) oder mit Ende des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Abs. 3 bis 5.
- (2) Kann die versicherte Person ihre Rückreise wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht innerhalb von sechs Wochen seit Beginn des Auslandsaufenthaltes durchführen, so werden in Abweichung von § 1 Abs. 6 die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung im vereinbarten Umfang so lange übernommen, bis eine Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person möglich ist.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und beträgt je versicherter Person bis zum 69. Lebensjahr 8 €, ab dem vollendeten 70. Lebensjahr steigt der Beitrag auf 20 €. Für bestehende Verträge steigt der Beitrag auf 20 € zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf die Vollendung des 70. Lebensjahres folgt.
- (2) Der erste Beitrag ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, Folgebeiträge sind zu Beginn des jeweils weiteren Versicherungsjahres zu entrichten.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist innerhalb von 48 Stunden unter der Telefonnummer +49 (0)511 5701 2400 anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist auf Verlangen des Versicherers dazu verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen, insbesondere durch die Einwilligung in die Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten bei Dritten (Entbindung von der Schweigepflicht).

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegenüber Dritten, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in Absatz 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 14 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Obliegenheitsverletzungen

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer

den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Gesetzlicher Forderungsübergang

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit

erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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