

Sonderregelungen zur Auslandsreise-Krankenversicherung als Familienpolice für AvD Mitglieder

1. Familienversicherung

Neben dem Versicherungsnehmer sind mitversichert

- a) sein Ehegatte bzw. sein nichtehelicher Lebenspartner sowie
- b) deren unverheiratete Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, auf gemeinsam mit dem Versicherungsnehmer unternommenen Reisen auch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,

sofern die unter a) und b) genannten Personen mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

2. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen

Bei Neugeborenen im Sinne von Nr. 1b) beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt. Die übrigen Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 ARJ finden keine Anwendung.

3. Sonderregelung bei Rücktransport aus dem Ausland für Schutzbriefinhaber

Leistungen nach § 4 Abs. 1j ARJ werden nicht erbracht, soweit ein Anspruch auf Rücktransport nach dem AvD Europa-SchutzbriefPlus* besteht.

4. Umstufungsregelungen

- a) Hat der Versicherungsnehmer der Auslandsreise-Krankenversicherung – Familienpolice – auch einen AvD Europa-SchutzbriefPlus*, so zahlt er den ermäßigten Beitrag der Auslandsreise-Krankenversicherung – Familienpolice – für Schutzbriefinhaber. Wird der AvD Europa-SchutzbriefPlus* gekündigt, so wird die Auslandsreise-Krankenversicherung – Familienpolice – für Schutzbriefinhaber zu ihrem jeweils gültigen Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das Vertragsverhältnis zum AvD Europa-SchutzbriefPlus* endet. Die Auslandsreise-Krankenversicherung – Familienpolice wird ab dem folgenden Versicherungsjahr zu dem dann gültigen Beitrag für Nicht-Schutzbriefinhaber fortgeführt.
- b) Besteht eine Auslandsreise-Krankenversicherung – Familienpolice – für Nicht-Schutzbriefinhaber und schließt der Versicherungsnehmer im Laufe eines Kalenderjahres einen AvD Europa-SchutzbriefPlus* ab, so ist rückwirkend zum Beginn dieses Versicherungsjahres der ermäßigte Beitrag für die Auslandsreise-Krankenversicherung – Familienpolice – für Schutzbriefinhaber zu zahlen.
- c) Wenn die Mitgliedschaft im AvD beendet wird, so erfolgt automatisch zum Ende des unmittelbar folgenden Versicherungsjahres die Auflösung des bestehenden Vertragsverhältnisses.

*Versicherungsträger: HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG, Riethorst 2, 30659 Hannover

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARJ)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für während des versicherten Zeitraumes auf einer Auslandsreise akut eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsschein, schriftlichen Vereinbarungen sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.
Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme von Deutschland.
Kein Versicherungsschutz besteht in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. dem im Versicherungsantrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), der nur auf den Ersten eines Monats vereinbart werden kann, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Erstbeitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz – soweit für das Neugeborene ein anderweitiger Versicherungsschutz im Ausland nicht besteht – ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach diesem Tarif bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.
3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines zustande. Wird der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antragsformular ordnungsgemäß beantragt, gilt der Versicherungsvertrag als geschlossen und der Beitrag als bezahlt, sofern ein Lastschriftmandat erteilt wird, aufgrund dessen die Lastschrift vom Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird. (Maßgebend für den Versicherungsbeginn ist das Eingangsdatum des Versicherungsantrages beim AvD, minus drei Tage für einen fiktiven Postweg). Ordnungsgemäß ausgefüllt ist das Antragsformular nur, wenn es eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn des Vertrages, die versicherten Personen und über die entsprechenden Jahresbeiträge enthält.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Erstattungsfähig zum vollen Rechnungsbetrag sind Aufwendungen für:
 - a) ärztliche Behandlung;
 - b) Arznei- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung;
 - c) Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie;
 - d) Röntgendiagnostik;
 - e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
 - f) den medizinisch notwendigen Transport in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
 - g) Operation einschließlich Operationsnebenkosten;
 - h) Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht jedoch Zahnersatz, Zahnkronen und Kieferorthopädie;
 - i) medizinisch notwendige Gehstützen in einfacher Ausführung;
 - j) den medizinisch notwendigen oder medizinisch sinnvollen Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland sowie den Transport für eine Begleitperson, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Die medizinischen Gründe für die Begleitung sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen;
 - k) die Überführung eines durch Krankheit oder Unfall im Ausland Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland bzw. wahlweise die Bestattung am ausländischen Sterbeort, höchstens jedoch 10.500 EUR.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
Bei stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
3. Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die nach der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden 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.
4. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Antwort unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

5. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für:
 - a) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe der Reise waren oder mit denen bei Reisebeginn nach dem gewöhnlichen Verlauf der Reise zu rechnen ist;
 - b) Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen sowie deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie von Fehl- und Frühgeburten;
 - c) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
 - d) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen oder deren Vorbereitung verursacht werden;
 - e) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - f) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - g) Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - h) Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - i) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - j) Kosten psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlungen;
 - k) Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, die als Geheimmittel gelten (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze;
 - l) Hilfsmittel, z.B. Brillen, Einlagen usw., mit Ausnahme von Gehstützen;
 - m) alle nicht im § 4 als erstattungspflichtig aufgezählten Kosten oder Leistungen.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer 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.
3. Hat 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 von ihm geforderten Nachweise erbracht sind, sofern deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Rechnungen müssen im Original eingereicht werden und den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk der Apotheke deutlich hervorgehen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
2. Der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist durch eine ärztliche Bescheinigung, aus der die medizinische Notwendigkeit des Krankentransportes ersichtlich ist, zu begründen.
3. Die Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten erfolgen nur gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache, der amtlichen Sterbeurkunde und der Kostenbelege.
4. 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.
5. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem 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“, Veröffentlichung der deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, nach dem

jeweils neuesten 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.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
7. Kosten für Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
8. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in ein Land, in dem gemäß § 1 Abs. 4 kein Versicherungsschutz besteht. Erfordert eine Erkrankung oder ein Unfall, für die/den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist ein Rücktransport medizinisch nicht möglich, gewährt der Versicherer Leistungen bis längstens ein Jahr über den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus, ohne weitere Beitragszahlung.

§ 8 Beitrag

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten.
2. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.
3. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die ggf. gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
4. Ist vereinbart, dass der Versicherer jeweils fällige Beiträge von einem Konto abbucht und kann ein Betrag aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht abgebucht werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Abbuchen von seinem Konto, so gerät der Versicherungsnehmer in Verzug und kann der Versicherer auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen.

Der Versicherer ist zu weiteren Abbuchungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet.

Ist die Abbuchung eines Beitrages aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, nicht möglich, so kommt der Versicherungsnehmer erst in Verzug, wenn er nach schriftlicher Zahlungsaufforderung nicht fristgerecht zahlt.

Kann aufgrund eines Widerspruchs oder aus anderen Gründen eine Prämie nicht abgebucht werden, so kann der Versicherer von weiteren Abbuchungsversuchen absehen und den Versicherungsnehmer schriftlich zur Zahlung durch Überweisung auffordern. Bei Vereinbarung monatlicher Zahlungsweise gilt in diesem Fall vierteljährliche Zahlungsweise als vereinbart.

5. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, die dem Versicherer entstanden sind.
6. Im Übrigen ergeben sich die Folgen nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrages oder der ersten Beitragsrate aus § 37 VVG, bei Folgebeiträgen aus § 38 VVG.
7. Versicherungsnehmer, die darüber hinaus noch Krankenversicherungen beim Krankenversicherer unterhalten, können abweichend von Abs. 1 den Beitrag in gleichen Raten zusammen mit dem der anderen Tarife unterjährig entrichten.

Die Beitragsraten sind in diesem Fall zusammen mit den Beiträgen der übrigen Krankenversicherungstarife fällig.

§ 8a Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und ggf. mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und Ihres Umfanges erforderlich ist.
2. Der Versicherer ist auf Verlangen zu ermächtigen, jederzeit alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten aller Art einzuholen; diese sind gleichzeitig von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat, nach Möglichkeit, für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Hat der Versicherungsnehmer seine Adresse (Wohnung oder Geschäft) geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abgegeben werden muss, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten, dem Versicherer bekannten Adresse. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Adressenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein müsste.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Verletzt der Versicherungsnehmer eine der im § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten, so ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.
2. Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 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 (Kostenerstattung 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 oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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 entsprechendes Verhältnis zur 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Kündigung des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres abgeschlossen.
Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird.
2. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder ändert der Versicherer diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 15 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 13 Willenserklärungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 14 Verjährung/Gerichtsstand/Anwendbares Recht

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem der Anspruch entstanden ist. Ist der Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, bleibt der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung unberücksichtigt.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. 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.

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
4. Auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 15 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels der Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Die Änderungen nach Absatz 1 gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigt (siehe auch § 12 Abs. 2).

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 3 AVB/ARJ), insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt.

Fälligkeit der Geldleistung § 14

- (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.

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit § 28

- (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.

Prämie § 37

- (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

- (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.

Übergang von Ersatzansprüchen § 86

- (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.