

Hauptverwaltung
Kronprinzenallee 12-18

Telefon (02 02) 4 38-2275
Fax (02 02) 4 38-03 2275
www.barmenia.de
E-Mail info@barmenia.de

Nachtrag Nr. 11 zum
Gruppenversicherungsvertrag Nr. 1901, 1902, 1903, 2023, 2663 und 2847

Zwischen dem

Jugendhaus Düsseldorf e. V.
Carl – Mosterts - Platz 1
40477 Düsseldorf

(im Folgenden Versicherungsnehmer genannt)

und der

Barmenia
Krankenversicherung a. G.
Kronprinzenallee 12 - 18
42094 Wuppertal

(im Folgenden Versicherer genannt)

Der Gruppenversicherungsvertrag wird mit Nachtrag Nr. 11 vom ____1.1.2009____ an geändert; er ersetzt alle bisherigen Nachträge und den ursprünglichen Gruppenversicherungsvertrag. Das laufende Versicherungsjahr endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Versicherbare Personen
- § 2 Meldeverfahren
- § 3 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 4 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 5 Umfang der Leistungspflicht
- § 6 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 8 Ende des Versicherungsschutzes
- § 9 Beitragszahlung
- § 10 Obliegenheiten
- § 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 13 Aufrechnung
- § 14 Unterrichtung der versicherten Personen
- § 15 Ausscheiden aus der Gruppenversicherung, Weiterversicherung, Reiseunterbrechung
- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Sprache
- § 19 Art des Gruppenversicherungsvertrages
- § 20 Änderung des Gruppenversicherungsvertrages
- § 21 Überschussbeteiligung
- § 22 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages
- § 23 Schlusserklärungen

DER PERSONENKREIS

§ 1 Versicherte Personen

(1) Versicherbar werden alle Teilnehmer der vom Versicherungsnehmer veranstalteten Reisen. Sie werden in folgende Gruppen eingeteilt:

- Gruppe 1 (Abrechnungsnummer 1901):
Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bei Inlandsreisen (bis zu 90 Tagen Dauer);

- Gruppe 2 (Abrechnungsnummer 1902):
Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder von EU-Ausländer bei Auslandsreisen (bis zu 90 Tagen Dauer);

- Gruppe 3 (Abrechnungsnummer 1903):
Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Schengener Staaten (bis zu 90 Tagen Dauer) sowie bei Reisen in Drittländer;

- Gruppe 4 (Abrechnungsnummer 2023):
Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Schengener Staaten (bis zu 365 Tagen Dauer) sowie bei Reisen in Drittländer;

- Gruppe 5 (Abrechnungsnummer 2663):
Personen (z. B. Austauschschüler, Sprachschüler, Personen des freiwilligen sozialen Dienstes) mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland bis zu 730 Tagen Dauer/24 Monate;

- Gruppe 6 (Abrechnungsnummer 2847):
Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bei Urlaubsreisen für die Dauer des Auslandsaufenthaltes. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten sechs Wochen je Reise innerhalb der Versicherungsdauer.

(2) Personen, die bereits anderweitig gleichartig versichert sind, können vom Versicherungsschutz ausgenommen werden.

§ 2 Meldeverfahren

Für die Gruppen 1 bis 5:

(1) Vom Versicherungsnehmer sind die zu versichernden Personen zur jeweiligen Gruppe anzumelden. Die Anmeldung muss vor Reiseantritt erfolgen und die nachstehenden Angaben enthalten:

- Gruppenzugehörigkeit;
- Name, Vorname, ständiger Wohnsitz;
- Geburtsdatum;
- Dauer der Reise (Versicherungsdauer);
- Reiseziel (Aufenthaltsland).

(2) Währt die Reise über die gemeldete Dauer hinaus, kann die Versicherungsdauer vor deren Ablauf verlängert werden, längstens bis zu einer Gesamtreisedauer von 90 Tagen für die Gruppen 1 bis 3, bei Gruppe 4 bis zu 365 Tagen und bei Gruppe 5 bis zu 730 Tagen/24 Monate (vgl. § 1 (1)).

Abweichend gilt für die Gruppe 6 folgendes:

(3) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden. Er kommt mit Zugang des ordnungsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrages beim Jugendhaus Düsseldorf e.V. zustande.

(4) Der Versicherungsvertrag gilt zunächst für die Dauer des laufenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr. Liegt der Versicherungsbeginn zwischen dem 31.12 eines Jahres, so dauert das erste Versicherungsjahr bis zum 31.12. des Folgejahres. Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht rechtzeitig vor dem jeweiligen Ablauftermin vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer gekündigt wird oder der Folgebeitrag nicht bis spätestens 31.12. des laufenden Kalenderjahres beim Jugendhaus Düsseldorf e.V. verbucht ist.

(5) Die Anzahl der versicherten Reisen während der Versicherungsdauer ist nicht begrenzt.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für während der Versicherungsdauer eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem eintretenden Versicherungsfall ersetzt er die entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, Entbindung, Krankenrücktransport und Überführung im Todesfall bzw. für die Bestattung am Sterbeort. (vgl. § 5)

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die während der Versicherungsdauer entstehenden Aufwendungen (vgl. jedoch § 8).

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Vertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Besteht für ein Neugeborenes oder für ein minderjähriges Adoptivkind eines seit mindestens drei Monaten nach einem der Gruppe 4 oder 5 versicherten Elternteils kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes gleich.

Für die Gruppen 1 bis 5:

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vom Versicherungsnehmer gemeldeten Beginn der Reiseveranstaltung (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrages und für zur Gruppe 2 und 5 gemeldete Personen nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes, für zur Gruppe 3 und 4 gemeldete Personen nicht vor Beginn des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Schengener Staaten bzw. im Drittland.

Für die Gruppe 6:

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Eingang des Versicherungsantrages und der Erteilung der Abbuchungsermächtigung für den Erstbeitrag beim Jugendhaus Düsseldorf e.V. Voraussetzung ist, dass der Einlösung der Lastschrift nicht widersprochen wird. Für das jeweilige Folgejahr setzt der Versicherungsschutz nur ein, wenn der Beitrag dafür bis spätestens 31.12. des Vorjahres beim Jugendhaus Düsseldorf verbucht wurde.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem Beginn des Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

Die Art der Kennzeichnung durch Buchstaben der einzelnen Leistungselemente ist durch die interne Arbeitsorganisation bedingt, so dass die Kennzeichnung nicht unbedingt fortlaufend ist.

(1) Gruppe 1 (Abrechnungsnummer 1901):

(1) Für die versicherten Personen erstreckt sich die Leistungspflicht auf die medizinisch notwendigen Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, Untersuchung und medizinisch notwendigen Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch sowie auf die Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe und auf die Kosten einer Überführungen im Todesfall. Diese Aufwendungen werden in folgendem Umfang erstattet:

- a) 100 % für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) 100 % für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel (Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen, wie z. B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden);
- c) 100 % für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) 100 % für ambulante Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) 100 % für stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen);
- f) 100 % für notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 5 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) 100 % für notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Behandlung;
- h) 100 % für Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz;

(2) Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe aus medizinisch notwendigen Gründen und anschließendes Nachfahren zur Reisegruppe bis zu 80,00 EUR.

(3) Kosten einer Überführung im Todesfall an den ständigen Wohnsitz werden bis zu 2.500,00 EUR ersetzt, wenn die versicherte Person während der Reise stirbt.

(4) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

(6) 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.

(2) Gruppe 2 (Abrechnungsnummer 1902):

(1) Für die versicherten Personen erstreckt sich die Leistungspflicht auf die medizinisch notwendigen Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch während eines Auslandsaufenthaltes sowie auf die Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe, Krankenrücktransportkosten, Kosten einer Überführungen im Todesfall oder Kosten einer Bestattung am Sterbeort. Diese Aufwendungen werden in folgendem Umfang erstattet:

- a) 100 % für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und - Operationsnebenkosten;
- b) 100 % für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel (Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen, wie z. B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden);
- c) 100 % für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) 100 % für Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) 100 % für stationäre Heilbehandlung in der niedrigsten Pflegeklasse;
- f) 100 % für notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 5 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) 100 % für notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Behandlung;
- h) 100 % für Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz;
- i) 50 % für die von dem Malteser-Hilfsdienst berechnete Kosten für Transporte zur ambulanten Heilbehandlung auf der Insel Ameland. Die Leistung für alle Transporte aus diesem Vertrag ist auf 3.000,00 EUR pro Kalenderjahr begrenzt;

(2) Beihilfen für den Sanitätsdienst auf der Insel Ameland je 1.000 Reiseteilnehmer bis zu 160,00 EUR, maximal 1.500,00 EUR pro Kalenderjahr;

(3) Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe aus medizinisch notwendigen Gründen und anschließendes Nachfahren zur Reisegruppe bis zu 80,00 EUR.

(4) Kosten eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland:

Bedingt eine Krankheit oder Unfallfolge den Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransportes, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, z. B. durch

- Benutzung eines schnelleren Transportmittels;
- Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in der niedrigeren Klasse nicht möglich war;

- Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss;
- Transport mit Spezialfahrzeugen;
- Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal;

bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den zehnfachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.

Ist nach ärztlicher Bescheinigung ein Rettungsflug die einzige Möglichkeit, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und wird er von einem für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt (EN 13718-1/2), werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland in voller Höhe ersetzt;

(5) Kosten einer Überführung im Todesfall an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland - wenn die versicherte Person während der Reise im Ausland stirbt - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt;

Kosten einer Bestattung am Sterbeort im Ausland - an Stelle der Kosten einer Überführung in die Bundesrepublik Deutschland - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(7) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

(8) 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.

(2) Gruppe 3 (Abrechnungsnummer 1903):

(1) Für die versicherten Personen erstreckt sich die Leistungspflicht auf die medizinisch notwendigen Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, auf die Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe, Krankenrücktransportkosten, Kosten einer Überführungen im Todesfall oder auf die Kosten einer Bestattung am Sterbeort. Diese Aufwendungen werden in folgendem Umfang erstattet:

- a) 100 % für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) 100 % für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel (Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen, wie z. B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden);
- c) 100 % für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) 100 % für ambulante Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) 100 % für stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen);
- f) 100 % für notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 5 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) 100 % für notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Behandlung;
- h) 100 % für Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz; maximale Erstattung ist das 1,75 fache der GOZ

(2) Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe aus medizinisch notwendigen Gründen und anschließendes Nachfahren zur Reisegruppe bis zu 80,00 EUR;

(3) Kosten einer Überführung im Todesfall an den ständigen Wohnsitz im Heimatland werden bis zu 10.000,00 EUR ersetzt, wenn die versicherte Person während der Reise in der Bundesrepublik Deutschland, den Schengener Staaten oder einem Drittland stirbt;

Kosten einer Bestattung am Sterbeort in der Bundesrepublik Deutschland, den Schengener Staaten - an Stelle der Kosten einer Überführung - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

(4) der Krankenversicherungsschutz, der ausländischen Personen, die mit ihren Gastfamilien kurzfristige Urlaubsreisen ins europäische Ausland unternehmen, wird nach dort ausgedehnt.

(5) Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes:

Bedingt eine Krankheit oder Unfallfolge den medizinisch notwendigen Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz, so werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransportes, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, z. B. durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels, Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in der niedrigeren Klasse nicht möglich war, Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss, Transport mit Spezialfahrzeugen, Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den zehnfachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(7) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

(8) 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.

(3) Gruppe 4 (Abrechnungsnummer 2023):

(1) Für die versicherten Personen erstreckt sich die Leistungspflicht auf die medizinisch notwendigen Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, Entbindung (Wartezeit 8 Monate), auf die Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe, Krankenrücktransportkosten, Kosten einer Überführungen im Todesfall oder auf die Kosten einer Bestattung am Sterbeort. Diese Aufwendungen werden in folgendem Umfang erstattet:

- a) 100 % für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) 100 % für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel (Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen, wie z. B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden);
- c) 100 % für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) 100 % für ambulante Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) 100 % für stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen);
- f) 100 % für notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 5 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) 100 % für notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Behandlung;
- h) 100 % für Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz; maximale Erstattung bis zum 1,75 fachen Satz der GOZ

(2) Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe aus medizinisch notwendigen Gründen und anschließendes Nachfahren zur Reisegruppe bis zu 80,00 EUR;

(3) Kosten einer Überführung im Todesfall an den ständigen Wohnsitz im Heimatland werden bis zu 10.000,00 EUR ersetzt, wenn die versicherte Person während der Reise in der Bundesrepublik Deutschland oder einem Drittland stirbt;

Kosten einer Bestattung am Sterbeort in der Bundesrepublik Deutschland - an Stelle der Kosten einer Überführung - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

(4) Der Krankenversicherungsschutz, der ausländischen Personen, die mit ihren Gastfamilien kurzfristige Urlaubsreisen ins europäische Ausland unternehmen, wird nach dort ausgedehnt.

(5) Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes:

Bedingt eine Krankheit oder Unfallfolge den medizinisch notwendigen Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz, so werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransportes, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, z. B. durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels, Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in der niedrigeren Klasse nicht möglich war, Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss, Transport mit Spezialfahrzeugen, Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den zehnfachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(7) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

(8) 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.

(4) Gruppe 5 (Abrechnungsnummer 2663):

(1) Für die versicherten Personen erstreckt sich die Leistungspflicht auf die medizinisch notwendigen Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, Entbindung (Wartezeit 8 Monate), auf die Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe, Krankenrücktransportkosten, Kosten einer Überführungen im Todesfall oder auf die Kosten einer Bestattung am Sterbeort. Diese Aufwendungen werden in folgendem Umfang erstattet:

- a) 100 % für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) 100 % für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel (Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen, wie z. B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden);
- c) 100 % für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) 100 % für Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) 100 % für stationäre Heilbehandlung in der niedrigsten Pflegeklasse;
- f) 100 % für notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 5 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) 100 % für notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Behandlung;
- h) 100 % für Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz;

(2) Kosten eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland:

Bedingt eine Krankheit oder Unfallfolge den Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransportes, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, z. B. durch

- Benutzung eines schnelleren Transportmittels;
- Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in der niedrigeren Klasse nicht möglich war;
- Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss;
- Transport mit Spezialfahrzeugen;
- Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal;

bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den zehnfachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.

Ist nach ärztlicher Bescheinigung ein Rettungsflug die einzige Möglichkeit, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und wird er von einem für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt (EN 13718-1/2), werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland in voller Höhe ersetzt;

(3) Kosten einer Überführung im Todesfall an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland - wenn die versicherte Person während der Reise im Ausland stirbt - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

Kosten einer Bestattung am Sterbeort im Ausland - an Stelle der Kosten einer Überführung in die Bundesrepublik Deutschland - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

(4) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

(6) 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 Erfolg versprechend 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) Gruppe 6 (Abrechnungsnummer 2847):

(1) Für die versicherten Personen erstreckt sich die Leistungspflicht auf die medizinisch notwendigen Aufwendungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, auf die Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe, Krankenrücktransportkosten, Kosten einer Überführungen im Todesfall oder auf die Kosten einer Bestattung am Sterbeort. Diese Aufwendungen werden in folgendem Umfang erstattet:

- a) 100 % für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und - Operationsnebenkosten;
- b) 100 % für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel (Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen, wie z. B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden);
- c) 100 % für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) 100 % für Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) 100 % für stationäre Heilbehandlung in der allgemeinen Pflegeklasse;

- f) 100 % für notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) 100 % für notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt zur ambulanten Behandlung;
- h) 100 % für Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am Zahnersatz;

(2) Kosten durch Zurückbleiben von der Reisegruppe aus medizinisch notwendigen Gründen und anschließendes Nachfahren zur Reisegruppe bis zu 80,00 EUR.

(3) Kosten eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland:

Bedingt eine Krankheit oder Unfallfolge den Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransportes, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, z. B. durch

- Benutzung eines schnelleren Transportmittels;
- Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in der niedrigeren Klasse nicht möglich war;
- Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss;
- Transport mit Spezialfahrzeugen;
- Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal;

bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den zehnfachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht.

Ist nach ärztlicher Bescheinigung ein Rettungsflug die einzige Möglichkeit, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und wird er von einem für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt (EN 13718-1/2), werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland in voller Höhe ersetzt;

(4) Kosten einer Überführung im Todesfall an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland - wenn die versicherte Person während der Reise im Ausland stirbt - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

Kosten einer Bestattung am Sterbeort im Ausland - an Stelle der Kosten einer Überführung in die Bundesrepublik Deutschland - werden bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro ersetzt.

(5) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(6) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

(7) 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.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten sechs Wochen vor Beginn bzw. vor Verlängerung des Versicherungsschutzes behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit

- a) Behandlungen der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren,
- b) bei Reisebeginn feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden),
- c) Behandlungen anlässlich einer Berufstätigkeit eines Arbeitnehmers erforderlich waren oder
- d) Behandlungen in solchen Ländern erforderlich wurden, für die der versicherten Person eine Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung zusteht, es sei denn, dass trotz zumutbarer Bemühungen um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ungedeckte Aufwendungen verbleiben.

Die Leistungsausschlüsse unter a) bis c) bleiben unberührt.

(2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren und Maßnahmen zur Entwöhnung;
- c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern und Kindern (nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet);
- e) für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen, Inlays sowie für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung) sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;
- f) für Entbindung (außer bei Gruppe 4 und 5 und dann nur nach einer Wartezeit von 8 Monaten vom Versicherungsbeginn an gerechnet);
- g) für Hilfsmittel;
- h) für Vorsorgeuntersuchungen.

(3) 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.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Rechnungszweitschriften (Duplikate) werden anerkannt, wenn

- a) andere Versicherer oder Kostenträger in Anspruch genommen werden und deren Leistungen darauf bestätigt sind;
- b) die Originale auf Grund gesetzlicher Bestimmungen von den Rechnungsstellern einbehalten oder nicht ausgeführt werden dürfen.

Arztrechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen, Daten der Behandlung.

Für die Erstattung von Rückführungskosten ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransports und für die Erstattung von Überführungskosten bzw. Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen.

Die geforderten Nachweise sollen spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück-, Überführung oder Bestattung eingereicht werden.

(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 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", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Für die Gruppen 1 bis 5:

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitraum hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Für die Gruppe 6:

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch sechs Wochen nach Reisebeginn. Der Versicherungsschutz endet auch mit dem Ablauf der Versicherungsdauer. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitraum hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Unterrichtung der versicherten Personen

- (1) Der Versicherungsnehmer hat die versicherten Personen über ihren Versicherungsschutz und die wesentlichen Bestimmungen dieses Vertrages ausreichend zu unterrichten.
- (2) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, sämtliche versicherten Personen unverzüglich zu benachrichtigen, falls der Vertrag durch Kündigung beendet wird. Der Versicherungsnehmer hat die betroffenen Personen darüber zu informieren, dass der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Vereinbarung beendet ist und keine Versicherungsleistungen mehr gezahlt werden.

ENDE DER VERSICHERUNG

§ 15 Ausscheiden aus der Gruppenversicherung

- (1) Die Versicherung der einzelnen versicherten Person endet
- a) mit der Beendigung des Aufenthaltes (Ausland, Drittland bzw. Bundesrepublik Deutschland);
 - b) mit der Abmeldung aus dem Vertrag;
 - c) mit dem Fortfall der Voraussetzungen nach § 1;
 - d) mit dem Tod;
 - e) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.
 - f) zusätzlich für Personen der Gruppe 6 mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Bei Wegzug einer versicherten Person der Gruppe 6 aus der Bundesrepublik Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Weiterhin endet das Versicherungsverhältnis automatisch zum Ende des Versicherungsjahres, wenn der Folgebeitrag nicht bis spätestens 31.12. des laufenden Kalenderjahres beim Jugendhaus Düsseldorf e.V. verbucht wurde.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat 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.

§ 18 Sprache

Die Vertragsbestimmungen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit der Versicherung erfolgt in Deutsch.

§ 19 Art des Gruppenversicherungsvertrages

Dieser Vertrag ist eine Krankenversicherung gegen feste Entgelte im Sinne des § 2 Abs. 2 a) der Satzung des Versicherers. Weder der Versicherungsnehmer noch die versicherte Person werden Mitglieder des Versicherers.

§ 20 Änderung des Gruppenversicherungsvertrages

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens kann der Vertrag den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. 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 im Vertrag 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 die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 22 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages

(1) Dieser Vertrag und die Zusatzvereinbarungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden.

(2) Beide Vertragspartner behalten sich das Recht vor, den Gruppenversicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat schriftlich zu kündigen, wenn eine der beiden Vertragspartner in irgendeiner Weise täuscht oder sonst seine Pflichten aus diesem Vertrag nicht erfüllt.

§ 23 Schlusserklärungen

Widerrufsbelehrung / Widerrufsrecht / Widerrufsfolgen

Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt des Vertrages und der Abgabe der Vertragsannahmeerklärung des Versicherungsnehmers an den Versicherer. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Krankenversicherung a. G.,

Abt. Firmen- und Gruppenversicherung BA / BK,
Kronprinzenallee 12-18,
42094 Wuppertal.

Fax 02 02 / 4 38 03 2889, E-Mail: ulrich.dirking@barmenia.de

Bei wirksamem Widerruf ist der Versicherungsnehmer an seine Vertragserklärung nicht mehr gebunden. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrages zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge erhält der Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Zu – Stande - Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb von 21 Tagen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Angebotsversendung. Wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag und die Vertragsannahmeerklärung innerhalb der Annahmefrist gegengezeichnet zurücksendet, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande. Es besteht dann von dem im Vertrag bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns an Versicherungsschutz.

Entbindung von der Schweigepflicht

Dem Versicherungsnehmer ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken des von ihm beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreit der Versicherungsnehmer andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht und ermächtigt sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Sie als Versicherungsnehmer verpflichten sich, dass das ausdrückliche oder stillschweigende Einverständnis der zu versichernden Person mit der Anmeldung zur Weltpolice-Krankenversicherung durch Sie als Versicherungsnehmer erfolgt. Dies umfasst auch deren Einwilligung, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. in erforderlichem Umfang Daten, die in den Meldeunterlagen enthalten sind (= Meldedaten) oder sich aus der Vertragsdurchführung ergeben (Vertrags- und Leistungsdaten, wie z. B. Versicherungsfälle, Risiko- / Vertragsänderungen) an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., an andere Versicherer übermittelt.

Die zu versichernde Person willigt ferner ein, dass die Versicherer der Barmenia-Versicherungsgruppe die allgemeinen Melde-, Vertrags- und Leistungsdaten zu dieser Person in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für diese Person zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung ihrer Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Datenschutz

Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass die Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermitteln.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zu-Stande-Kommen des Vertrages. Der Versicherungsnehmer willigt ferner ein, dass die Versicherer der Barmenia Versicherungsgruppe die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und ggf. an den/die für den Versicherungsnehmer zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden, an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Erklärung zur Empfangsberechtigung der versicherten Person gemäß § 7

Hiermit benennen wir sämtliche in dem Weltpolicegruppenversicherungsvertrag jeweils versicherte Personen - bis auf Widerruf - als Empfangsberechtigte im Sinne des § 194 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz für die jeweiligen auf ihre Person bezogenen Versicherungsleistungen. Die Barmenia Krankenversicherung a. G. ist danach berechtigt, die besagten Versicherungsleistungen

jeweils unmittelbar an die einzelne versicherte Person als Anspruchsinhaber oder an einen von dieser zum Empfang der Leistung ermächtigten Dritten auszusahlen.

(Hinweis: Schuldbeitende Leistungen an Dritte, z. B. Krankenhäuser, Ärzte etc., die Rechnungen zur Erstattung vorlegen und unmittelbar die Versicherungsleistung einziehen wollen, sind nur dann möglich, wenn uns von dem Dritten mit dem Erstattungsverlangen eine von der versicherten Person unterzeichnete schriftliche Einzugsermächtigung oder Abtretungserklärung vorgelegt wird.)

HINWEISE

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens