

**Produktinformationsblatt
zur privaten Krankenversicherung
nach Tarif Care Travel**

1. Um welches Produkt handelt es sich?

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

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung Care Travel übernimmt bei allen unvorhergesehenen Krankheitsfällen die

Kosten für die medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Heilbehandlung zu 100%.

Selbstverständlich sind Arznei-, Heil- und Verbandsmittel im Leistungspaket enthalten.

Ebenfalls zu 100% werden die Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlungen übernommen.

Versichert werden können Einzelreisen bis zu einer Dauer von insgesamt 365 Reisetagen.

Ein besonderer Vorteil des Tarifes Care Travel: Auch die Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland werden zu 100 % erstattet.

Die Kosten einer Überführung ins Heimatland oder eine Bestattung im Ausland werden zu 100% bis zu einem Höchstwert von 10.000,-EUR erstattet.

Der Tarif Care Travel beinhaltet keine Leistungen für Zahnersatz oder kieferorthopädische Behandlungen.

Der Versicherungsschutz gilt weltweit für Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland oder Österreich - mit Ausnahme der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt bzw. ihren ständigen Wohnsitz hat und bei Reisen in Staaten der nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada, Mexiko).

Die Einzelheiten zu den versicherten Leistungen können Sie dem Tarifblatt und § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen (AVB-R) entnehmen.

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

Die Prämie je versicherter Person beträgt

Beiträge für Tarif Care Travel in Euro bis Alter 60	
Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 1,14

Beitrag für Tarif Care Travel in Euro ab Alter 61	
Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 4,80

Der Gesamtreisezeitraum inkl. bestehender Jahres-Versicherung darf 365 Tage nicht überschreiten.

Unabhängig von der Anzahl der beantragten Reisezeit ist eine Mindestprämie von 8,50 EUR zu zahlen.

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die beantragte Reisezeit im voraus zu zahlen. Die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung steht der Prämienzahlung gleich.

Solange die Prämie nicht gezahlt wird besteht kein Versicherungsschutz. Die Einzelheiten hierzu können Sie in § 2 Abs. 1 AVB-R nachlesen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Ihr Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag deckt grundsätzlich im tariflichen Umfang die Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthaltes ab. Allerdings sind bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz nicht umfasst. So besteht beispielsweise keine Leistungspflicht, wenn die Auslandsreise zum

Zwecke der Heilbehandlung erfolgt oder bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen.

Welche

Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind können Sie im einzelnen in § 5 AVB-R nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

Bei bzw. vor Vertragsschluss bestehen für Sie keine besonderen Verpflichtungen, deren Nichtbeachtung negative Folgen hätte.

In diesem Zusammenhang bitten wir Sie lediglich den Antrag sorgfältig auszufüllen, damit es während der Vertragslaufzeit auf Grund ggf. fehlerhaften Daten nicht zu Unannehmlichkeiten für Sie kommt.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Während der Laufzeit des Vertrages sind von Ihnen keine Obliegenheiten zu beachten außer nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Die in diesem Fall zu beachtenden Obliegenheiten können Sie im Einzelnen den §§ 9 und 11 AVB-R entnehmen.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Ebenso wichtig ist es, dass Sie uns alle Belege bezüglich des Versicherungsfalles bis spätestens zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Auslandsreise einreichen.

Die §§ 9 und 11 AVB-R, Teil 1 enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall, deren Verletzung nach §§ 10 und 11 Abs. 3 AVB-R, Teil 1 bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt und mit Zahlung des Einmalbeitrages.

Der Vertrag endet ohne weiteres mit Ablauf der versicherten Reisezeit beziehungsweise dem Ende der Reise, spätestens jedoch nach Ablauf der maximal zu versichernden Reisedauer von 365 Tagen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Da der Vertrag eine maximale Laufzeit von 365 Tagen vorsieht, besteht keine Möglichkeit zur ordentlichen Kündigung.

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

Vertragsinformationen Care Travel

1. Ihr Vertragspartner

AXA Krankenversicherung AG
Sitz: Köln
Handelsregister Köln
Registernummer: HR B Nr. 1012

2. Zuständiger Versicherungsvermittler

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Ladungsfähige Anschrift Ihres Vertragspartners und dessen gesetzliche Vertreter

AXA Krankenversicherung AG
Colonia Allee 10-20
D – 51067 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser
Vorstand: Dr. Frank W. Keuper, Vorsitzender; Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Thomas Michels, Ulrich C. Nießen, Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland

4. Hauptgeschäftstätigkeit Ihres Vertragspartners

Unser Unternehmen betreibt ausschließlich die Kranken- und Pflegeversicherung.

5. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln
Telefon: 0221 37662 0, Telefax: 0221 37662 10

6. Rechtliche Grundlagen für Ihren Versicherungsvertrag sowie dessen wesentliche Merkmale

Inhalt und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R) und den Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA). Im Anhang zu den AVB-R finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen.

Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Prämie

Die zu zahlende Prämie entnehmen Sie bitte Absatz C der beigefügten Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA).

8. Zusätzlich anfallende Kosten

Von Care Concept wird bei Zahlung der Versicherungsprämie per Kreditkarte eine Bearbeitungsgebühr von 4 % der Gesamtprämie mindestens aber 3,00 EUR berechnet. Bei der Rückerstattung (Rückbuchungen) von Prämien berechnet diese eine Gebühr von 5,00 EUR.

9. Prämienzahlung

Die Einmalprämie wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages fällig und ist für die beantragte Laufzeit des Vertrages im Voraus zu zahlen.

Die Zahlung der Beiträge kann wahlweise über das Lastschriftverfahren oder per Kreditkartenzahlung erfolgen.

10. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht befristet.

11. Vertragsschluss

Der Versicherungsvertrag kommt mit Antragsstellung zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung.

12. Widerrufsrecht

Die Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Hinweis im Antrag.

13. Laufzeit des Vertrages

Die Angaben zur Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Absatz F der Tarifbedingungen des Tarifes Care Travel bzw. Care Travel (NAFTA).

14. Beendigung des Vertrages

Die Angaben zur Beendigung des Vertrages und zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

15. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Den Gerichtsstand entnehmen Sie bitte § 14 AVB-R.

16. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden in deutscher Sprache erteilt.

17. Beschwerdestellen

Für Beschwerden stehen Ihnen neben dem Vorstand der AXA Krankenversicherung AG außergerichtlich folgende Stellen zur Verfügung:

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin,
Telefon: 01802/55 04 44 (6 Cent aus dem deutschen Festnetz, je Gespräch, Mobilfunk maximal 42 Cent je angefangene Minute)
Telefax: 030/20 45 89 31
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

18. Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde für unser Unternehmen ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise

Sondervertrag

Bei dem Antrag mit der Vertragsnummer 2006 handelt es sich um eine Anmeldung zum entsprechenden Kooperationsvertrag des Geschäftsbereiches Betriebliche Krankenversicherung. Die Sonderkonditionen des Kooperationsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des Kooperationsvertrages zugehörig sind. Scheiden Sie aus dem versicherbaren Personenkreis aus, oder wird der Kooperationsvertrag von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht, den Vertrag zu normalen Konditionen fortzuführen. Die versicherte Person ist deswegen verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus dem Personenkreis des Sondervertrages unverzüglich zu unterrichten.

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren

Widerrufsrecht
 Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
 AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax-Nr. 0221/148 – 44 62 453
 E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

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

Widerrufsfolgen
 Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

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

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Besondere Hinweise
 Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweis zur Datenverarbeitung

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen.
 Der Widerspruch ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax-Nr.: 0221/148 – 44 62 453, E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit
 Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten personenbezogener Daten (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
- zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA-Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV-Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.axa.de sowie www.dbv.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll.

Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;

5. durch andere Unternehmen / Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA-Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt und die im Internet unter www.axa.de sowie www.dbv.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerneigener Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen. Hierfür wird meine Schweigepflichtentbindung benötigt;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA-Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler sowie zur Datenverarbeitung durch den von diesem Vermittler zur ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungs- und Finanzangelegenheiten ggf. eingeschalteten Maklerpool bzw. technischen Dienstleister (Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen) oder sonstigen Dienstleister, den ich bei meinem Vermittler erfragen kann;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.axa.de sowie www.dbv.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden);Werden aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften bzw. sonstigen Dritten (z.B. Vereinen, gesetzlichen Krankenkassen, Firmen) Vorteilsbedingungen gewährt, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft bzw. Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den Gewerkschaften bzw. jeweiligen Dritten einen Datenabgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA-Gruppe oder eine Auskunftfei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, *SCHUFA*);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA-Gruppe oder eine Auskunftfei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden

bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden bzw. Informationen gemäß Ziffer II. Nr. 6 an den PKV-Verband und die angeschlossenen Krankenversicherer gemeldet werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Leistungserstattung

Bitte schicken Sie alle Unterlagen wie zum Beispiel Rechnungen und Arztberichte im Original an:

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversicherung
50592 Köln

Telefon: 02 21/148-2 30 09, Telefax: 02 21/148-3 62 80.

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer an.

Wenn Sie zunächst ihre gesetzliche Kasse in Anspruch nehmen, benötigen wir Rechnerkopien mit dem Erstattungsvermerk.

24-Stunden-Kundenservice

Ein medizinisch notwendiger Rücktransport ins Heimatland ist erforderlich. Sie brauchen Hilfe und Unterstützung?

Rufen Sie uns an – wir organisieren alles für Sie. Unser Servicetelefon ist rund um die Uhr erreichbar – wählen Sie:

Landesvorwahl für Deutschland
(in der Regel 0049) plus 2 21 / 1 48 36 525

Geltung

Die in diesem Prospekt angegebenen Konditionen gelten nur für Anträge nach dem 31.03.2011.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia Allee 10 –20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln . Handelsregister Köln HR B Nr. 1012

Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser

Vorstand: Dr. Frank W. Keuper, Vorsitzender; Dr. Patrick Dahmen,
Wolfgang Hanssmann, Jens Hasselbächer, Thomas Michels,
Ulrich C. Nießen, Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland

Gültig ab 03.2011

Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif Care Travel**Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I (AVB-R) und Teil II (Tarifbeschreibung)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen****Teil II : Tarifbeschreibung Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen**

A. Leistungen des Versicherers	<p>I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. ärztlich verordnete Heilmittel; 4. ärztlich verordnete Gehstützen sowie die Miete für Rollstühle, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung medizinisch notwendig werden; (in Abweichung zu § 5 g) Hilfsmittel der AVB-R Teil I) 5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 6. Krankenhausbehandlung; ein Anspruch besteht in Höhe der Allgemeinen Krankenhausleistungen ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung sowie bessere Unterbringung), sofern im Reiseland hierfür eine Wahlmöglichkeit besteht; 7. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; sowie vom Unfallort; 8. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung. Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, nicht aber die Neuanfertigung von Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen. 9. Krankenhaustagegeld wird an Stelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 25 Euro. <p>II. Darüber hinaus erstattet der Versicherer zu 100% die Kosten für einen Rücktransport. Die Kosten einer Überführung ins Heimatland, oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland wird bis zu einem Betrag von 10.000,00 EUR erstattet. Die Kosten eines Rücktransportes werden erstattet, wenn dieser aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ärztlich angeordnet wurde und der Versicherer vorab eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.</p> <p>III. In Abweichung zu § 5 Abs. 1d werden die Kosten für ambulante oder stationäre psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte bis 500,00 EUR einmalig erstattet.</p>				
B. Assistance-Leistungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vermittlung ärztlicher Betreuung: Erkrankt eine versicherte Person auf einer Reise im Ausland, so informiert die AXA Krankenversicherung AG auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellt - soweit erforderlich - die Verbindung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt und/oder Krankenhaus her. Die dadurch entstehenden Kosten werden ebenfalls vom Versicherer getragen. 2. Organisation der Hilfeleistungen. 3. Kostenübernahmeerklärung vor Ort, d.h. für Krankenrücktransport; Überführungskosten u.a. Nach Abschluss der Auslandsreise-Krankenversicherung wird eine medizinische Notrufnummer bekannt gegeben. 				
C. Beiträge und Gebühren	<p style="text-align: center;">Beitragstabelle (in Euro) bis Alter 60</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Pro Person und Reisetag:</td> <td>ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 1,14 mindestens jedoch 8,50</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Beitragstabelle (in Euro) ab Alter 61</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Pro Person und Reisetag:</td> <td>ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 4,80 mindestens jedoch 8,50</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. 2. Bei den Beiträgen handelt es sich um Einmalprämien, welche bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen ist. 3. Die Zahlung der Beiträge kann wahlweise über das Lastschriftinzugsverfahren (siehe § 8 Abs. 2 AVB-R) oder per Kreditkartenzahlung erfolgen. 4. Ist die Einzugsermächtigung durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht vollziehbar, kann der Versicherer die Erstattung der ihm insoweit entstandenen Bankauslagen verlangen. 	Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 1,14 mindestens jedoch 8,50	Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 4,80 mindestens jedoch 8,50
Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 1,14 mindestens jedoch 8,50				
Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 4,80 mindestens jedoch 8,50				
D. Versicherbarer Personenkreis	Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, die sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten.				
E. Geltungsbereich	<p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung im Ausland. Als Ausland gelten weltweit alle Länder, mit Ausnahme der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem sie unmittelbar vor Reiseantritt einen ständigen Wohnsitz hatte.</p> <p>Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Reisen in die Staaten der nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada und Mexiko).</p> <p>Erfolgt eine nur vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, so gelten nach Meldung durch den Versicherungsnehmer die Fortführung der Versicherung und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Heimatland bis zu einer Dauer von 4 Wochen als vereinbart.</p>				

<p>F. Dauer des Versicherungsschutzes</p>	<p>Der Versicherungsschutz gilt für die im Versicherungsschein vereinbarte Dauer. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes über die vereinbarte Dauer hinaus bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Versicherers oder dessen Kooperationspartners (CareConcept AG). Für den Verlängerungszeitraum finden die Vorschriften über den Beginn des Versicherungsschutzes gemäß § 2 AVB-R Teil I entsprechend Anwendung.</p>
<p>G. Sonstige Bestimmungen</p>	<p>Der ergänzende Abschluss des Tarifs Care Travel als Verlängerung oder Vorversicherung zu weiterem Auslandsreisekrankenversicherungsschutz durch Tarife der AXA Krankenversicherung AG oder anderer Versicherer ist nicht möglich.</p>

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil I : Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(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.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

(4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

(5) Versicherungsfähig sind, soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält, Personen die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.

(2) Auslandsreisen, bei denen die Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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

§ 3 Abschluß und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines.

Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.

(2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren (§ 8 Abs. (2)) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.

(3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.

(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) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt folgendes:

- a) Der Rücktransport eines Erkrankten muß medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen.
- b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland 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 angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) für bei der Reise durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursachte Krankheiten/Unfälle mitsamt deren Folgen oder Todesfälle;
- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

- f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
 - g) für Hilfsmittel;
 - h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet.
 - k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - l) Für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessenen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.
- (2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.
- (4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (6) 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 Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (7) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(9) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; s. Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.
- (2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluß des Versicherungsvertrages zu zahlen.
- (2) Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschriftzugsverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Abbuchungsermächtigung, wenn danach der Versicherer den Beitrag abbuchen konnte.

§ 8a Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers - z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung - ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Die Beiträge werden, soweit nach dem Ergebnis der Überprüfung erforderlich, auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepaßt. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitrags-erhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 8b Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres (s. Tarif), auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen, wenn deren Ersetzung zur Fortsetzung des Vertrages notwendig ist,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der

Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie die §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 Abs. 2 AVB-R betrifft.

(2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(3) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Bedingungsanpassung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen, - jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zu 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) 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 gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), 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 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 auf Grund 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, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 14 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes in 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 01.08

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs des 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 befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllende 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.

§ 82 Abwendung und Minderung des Schadens

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung 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.

(4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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.