

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 Mehrkosten für einen Rücktransport werden zu 100% übernommen, wenn dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und durch den Versicherer, bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgt. Für eine Überführung aus dem Ausland werden bis zu 5.000,00 Euro (innerhalb Europa) bzw. 10.000,00 Euro (weltweit) bezahlt. Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.

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). Jedoch besteht auch Versicherungsschutz für einen Aufenthalt von bis zu 2 Tagen in den Staaten der NAFTA zum Zweck der Durchreise. Der Versicherungsschutz in den NAFTA Staaten ist auf insgesamt 4 Tage (Hin- und Rückreise) pro bei Antragstellung angegebener Reise begrenzt.

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 pro Reisetag für

Beiträge für Tarif Care Travel in Euro bis Alter 60	
Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 1,91

Beitrag für Tarif Care Travel in Euro ab Alter 61	
Pro Person und Reisetag:	ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 8,07

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 eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats 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. fehlerhafter 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
USt.-Ident-Nr. DE 122786679
Versicherungsteuernr. 9116/810/03020

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: Dr. Thomas Buberl;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender; Dr. Andrea van Aubel,
Jens Hasselbacher, Frank Hüppelshäuser, Dr. Nils Kaschner,
Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin.

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 §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon: 0221 9987-0
Telefax: 0221 9987-3950

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 SEPA-Lastschriftverfahren, per Kreditkartenzahlung oder PayPal 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 Zahlung des Beitrages per Kreditkarte oder PayPal oder mit der Erteilung eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats.

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 / der Antragstellerin und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

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

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen.

Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.axa.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister.

Soweit die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen

Einwilligungs- oder Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt, können Sie diese jederzeit widerrufen, was jedoch u. U. die Durchführung des Versicherungsvertrages erschwert oder unmöglich macht. Des Weiteren können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten

können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den Kunden- und Partnerservice des AXA Konzerns, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, telefonisch an 0221/148 41002 oder per E-Mail an service@axa.de wenden.

Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverwendung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie 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

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es zur Durchführung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) und kein berechtigtes Interesse des Betroffenen an der Verarbeitung oder Nutzung entgegen steht. Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren durchzuführen. Zur Verbesserung der Transparenz für unsere Kunden erfolgen Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren auf der Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung.

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

- 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 Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, IBAN, BIC und die Bankverbindung mit.

Leistungserstattung

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

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversorgung
50592 Köln

Telefon: 02 21 148 - 2 30 09, Telefax: 02 21 148 - 44 62453

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer an.

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

**Wichtige Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin
und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!**

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 221 148 - 36 525

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

USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr. 9116/810/03020

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Buberl;

Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender;

Dr. Andrea van Aubel, Jens Hasselbacher, Frank Hüppelshäuser,

Dr. Nils Kaschner, Dr. Thilo Schumacher, Jens Warkentin.

Gültig ab 16.09.2016

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenkversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit die AXA Krankenversicherung AG von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir, die AXA Krankenversicherung AG, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die AXA Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.axa.de eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die AXA Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen, im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die AXA Krankenversicherung AG AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die AXA Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ausgehändigte Unterlagen

- Ich habe das Produktinformationsblatt, die Vertragsinformation, Versicherungsbedingungen für den beantragten Tarif und die Übersicht der Dienstleister des AXA Konzerns
- elektronisch per Datenträger in Papierform erhalten

Unterschrift des/der Antragsstellers/-in – ggf. als gesetzliche/r Vertreter/-in der zu versichernden Person

Wichtig für Antragsteller/in / zu versichernde Person

Bitte überprüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung.

Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.

Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.

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. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(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 eines vollziehbaren SEPA-Lastschriftmandats 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 SEPA-Lastschriftverfahren (§ 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, sofern im Tarif nichts anderes vereinbart ist.
- 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 solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
- 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 Aufenthaltzweck 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. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) 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 SEPA-Lastschriftverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats, 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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Frist 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 Versicherungsvertrags-gesetz (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 gesetzli-

chen 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 Textform.

§ 14 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 07.16

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 14

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

(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

(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

(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.

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

<p>A. Leistungen des Versicherers</p>	<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-Wegegebühren 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. 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> <p>III. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100 % sofern</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und 2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte. <p>Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder • Die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen. <p>Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät.</p> <p>Liegen lediglich die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen vor, so werden die Mehrkosten eines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücktransportes innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,00 EURO erstattet. • Rücktransporte darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,00 EURO. <p>IV. Darüber hinaus erstatten wir für:</p> <p>Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro. Aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro.</p> <p>Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.</p>
<p>B. Assistance-Leistungen</p>	<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	Beitragstabelle (in Euro) bis Alter 60
	Pro Person und Reisetag: ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 1,91 mindestens jedoch 8,50
	Beitragstabelle (in Euro) ab Alter 61
	Pro Person und Reisetag: ab 1. bis maximal 365. Reisetag je 8,07 mindestens jedoch 8,50
	<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 SEPA-Lastschriftverfahren (siehe § 8 Abs. 2 AVB-R), per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen. 4. Ist das SEPA-Lastschriftmandat durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht vollziehbar, kann der Versicherer die Erstattung der ihm insoweit entstandenen Bankauslagen verlangen.
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>Jedoch besteht auch Versicherungsschutz für einen Aufenthalt von bis zu 2 Tagen in den Staaten der NAFTA zum Zweck der Durchreise. Der Versicherungsschutz in den NAFTA Staaten ist auf insgesamt 4 Tage (Hin- und Rückreise) pro bei Antragstellung angegebener Reise begrenzt.</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>
F. Dauer des Versicherungsschutzes	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.
G. Sonstige Bestimmungen	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.