

Auslandsreise-Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif
Care China Business
(Stand: 03.05.2004)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse zu den nachfolgenden Bedingungen. Nach Versicherungsbeginn gewährt der Versicherer Versicherungsschutz bei einem im Ausland unvorhergesehenen akut eintretenden Versicherungsfall bzw. bei einer unvorhersehbaren akuten Verschlechterung eines bestehenden Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen
2. Versicherungsfall ist in der Krankheitskostenversicherung die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen; ferner die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung.
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod, wenn Leistungen hierfür vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Rahmenvertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen, dem Tarif, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. Der Geltungsbereich (Auslandsdefinition) ist im jeweiligen Tarif geregelt.
5. Diese Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Prämie.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Auslandsaufenthalt (Einreise), nicht vor Zahlung der Erstprämie und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

§ 3 Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt während der Dauer des Auslandsaufenthaltes. Die Dauer des Versicherungsschutzes beträgt grundsätzlich mindestens 3 Monate.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den zur Heilbehandlung niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Außerhalb Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
2. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet werden.
3. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftliche allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.
4. Der Versicherer leistet im vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methode 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 deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind.
 - b. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch die aktive Teilnahme an Kriegereignissen und /oder innere Unruhen verursacht worden sind;
 - c. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten (einschließlich Selbstmord und Selbstmordversuch) und dadurch verursachte 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 sanitäre Bedarfsartikel (wie z.B. Bestrahlungslampen und Fieberthermometer), Bescheinigungen, Gutachten, vorbeugende Impfungen, kosmetische Behandlungen;
 - f. für Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
 - g. für Behandlung durch Ehegatten/Lebensgefährten, Eltern und Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h. für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
 - i. wegen Krankheit und Unfallfolge, die auf eine durch Alkoholgenuß bzw. Drogen- oder Medikamentenmißbrauch bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Originalrechnungen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werde Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalrechnungen einem anderen Kostenträger zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften mit Originalerstattungsvermerken des anderen Kostenträgers.
2. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten, möglichst mit deutscher Übersetzung, enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs.3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
3. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Rechnungsunterlagen und Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum gültigen amtlichen Kurs (Devisenkurs) des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank / Europäische Zentralbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigen Kurs erworben wurden. Im Bedarfsfall kann der Euro-Betrag auch in Devisen – umgerechnet zum Kurs am Überweisungstage – im Ausland zur Verfügung gestellt werden.
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen in Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –
 - a) mit der Rückkehr aus dem Ausland bzw. ins Heimatland;
 - b) mit Vollendung des 65. Lebensjahres;
 - c) bei Beendigung des Rahmenvertrages;

- d) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit;
- e) mit dem Tode der versicherten Person;

2. Nachleistungspflicht

Bei Beendigung der Versicherung gemäß § 7 Abs. 1 a), b), c), d) verlängert sich die Leistungspflicht bei Transportunfähigkeit für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, sofern diese nachweislich während des versicherten Auslandsaufenthaltes eingetreten sind, längstens um 4 Wochen. Bei ausländischen Staatsbürgern gilt die Nachleistungspflicht nur sofern sie in der Bundesrepublik Deutschland verbleiben. Vor der Nachleistungspflicht ausgeschlossen sind die Kosten für Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Hilfsmittel.

3. Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich durch den Versicherungsnehmer anzuzeigen. Erlangt der Versicherer hiervon erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsschutzes empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 8 Prämienzahlung

Die Prämie ist gemäß den Bestimmungen des Tarifs zu zahlen.

§ 9 Obliegenheiten

1. Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen muß unverzüglich geltend gemacht werden.
2. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und seines Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht).
5. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der im § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherer auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann gegen Forderung 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. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 14 Klagefrist / Gerichtsstand

1. Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist der Anspruch vom Versicherungsnehmer und/oder der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend zu machen, andernfalls ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
2. Klage gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent z.Z. die Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
3. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland haben, wenn sie nach Vertragsschluß ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegen oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist. Das gilt entsprechend für Klagen gegen die versicherten bzw. mitversicherten Personen.