

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandskranken-Gruppenversicherung - Tarif R 100/Gruppe

Fassung Januar 2008

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland akut eintretende Krankheiten, dort erlittene Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall (§ 1 Abs. 3) erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

(3) 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. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages

(1) In diesen Tarif können alle an den Auslandsreisen des Versicherungsnehmers (Veranstalter) teilnehmenden Personen aufgenommen werden.

(2) Der Versicherungsvertrag wird durch die Anmeldung zur Gruppenversicherung abgeschlossen.

(3) Der Versicherungsvertrag gilt für die beantragte Versicherungsdauer (Reisedauer), längstens jedoch für 91 Tage.

(4) Die Versicherung nach Tarif R 100/Gruppe ist eine Krankenversicherung gegen festen Beitrag gemäß den Bestimmungen der Satzung des Versicherers.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten 1. Reisetag (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

(2) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung übernimmt der Versicherungsnehmer.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung im Ausland werden die Kosten mit 100 % des Rechnungsbetrages ersetzt, und zwar für:

1. Ärztliche Leistungen, wie Beratungen, Besuche (Visiten), Sonderleistungen sowie Operationen;
2. Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes;
3. Unfalltransporte zum und vom nächsterreichbaren Arzt;
4. Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie;
5. Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel;
6. Ärztlich verordnete Heilmittel. Hierzu gehören Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Inhalationen, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Heilgymnastik;
7. Schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich notwendiger einfacher Zahnfüllungen, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), jedoch nicht für Zahnersatz und Zahnkronen;
8. Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus;
9. Notwendigen Transport zum nächstgelegenen nach Absatz (4) anerkannten Krankenhaus und zurück.

(2) Ferner werden erstattet:

1. 100 % der notwendigen Transportkosten - soweit sie Reise-mehrkosten darstellen-, wenn ein Rücktransport ins Inland aus medizinischen Gründen erforderlich wird;
2. Notwendige Kosten einer Überführung im Todesfall ins Inland (Wohnsitz des Verstorbenen) bis zu einer Höhe von €5.112,92 bei einem Rücktransport innerhalb Europas, sonst bis €10.225,84;
3. Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Überführungskosten.

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen und Unruhen verursacht werden, ferner durch aktive Teilnahme an Wettkämpfen

(und deren Vorbereitung), die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung;
- d) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

Die Einschränkung entfällt, wenn für die versicherte Person durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

- e) für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel;
- f) für Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern, für Pflegepersonal, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Nähr- und Stärkungsmittel sowie für Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung;
- g) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsunterbrechung, Fehlgeburt und für Entbindung;
- h) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- i) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet; es werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrunde gelegt.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(2) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.

(3) Für die Erstattung folgender Kosten ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:

- a) bei Rücktransport eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Rücktransports ins Inland;
- b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache.

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", 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.

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz für die einzelnen versicherten Personen endet mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach 91 Tagen. Ferner endet der Versicherungsschutz mit dem Ableben der versicherten Person.

(2) Erfordert eine Krankheit oder Unfallfolge wegen Reise- oder Transportunfähigkeit Auslandsaufenthalt über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, so besteht Versicherungsschutz für diese Krankheit oder Unfallfolge weiter für längstens 28 Tage.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Die Beiträge gelten für jeden Tag des Auslandsaufenthaltes. Sie betragen je Reisetag €0,28.

Die Beiträge sind für die gesamte Reisedauer - einschließlich des Ausreisetales aus der Bundesrepublik Deutschland und des Einreisetales in die Bundesrepublik Deutschland - zu entrichten.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen ist dem Versicherer die Befugnis zu erteilen, Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Gesundheits- und Versorgungsämter einzuholen, sofern diese Auskünfte für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sind. Diese Dritten sind von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(3) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Die versicherte Person hat 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 die 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 der 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.