

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif uni-RD (AVB/uni-RD) Tarif uni-RD Auslandsreisekrankenversicherung (mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Versicherungsfähigkeit

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.
- (2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Tarif uni-RD mit Anhang) sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.
- (3) Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten zwei Monate.
- (4) Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt und notfallbedingtem Schwangerschaftsabbruch. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (6) Als Versicherungsfall gilt auch die Bestattung im Ausland bzw. die Überführung eines verstorbenen Versicherten.
- (7) Versicherungsfähig sind alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.
- (2) Wenn der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Antragsformular beantragt wird und die Angaben vollständig und bezüglich des Beitrages richtig sind, gilt der Versicherungsvertrag mit dem Tag des Antragseingangs beim Versicherer als zustande gekommen.

In allen anderen Fällen kommt der Versicherungsvertrag mit der Annahme des Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines zustande.

- (3) Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn für eine Mindestvertragsdauer von
 - a) einem Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart ist. Ein Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.
 - b) zwei Versicherungsjahren bei unterjährigem Versicherungsbeginn. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Darüber hinaus entspricht ein Versicherungsjahr einem Kalenderjahr.

Diese Bestimmung hat keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres von beim Versicherer bereits bestehenden oder später

abgeschlossenen anderweitigen Krankenversicherungsverträgen.

- (4) Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer lt. Abs. 3 verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer fristgemäß in Textform gekündigt wird; vgl. § 13 Abs. 1.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrages und nicht vor Antritt der Reise.
- (2) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (3) Für vor Vertragsabschluss bzw. vor Zahlung des ersten Beitrages eingetretene Versicherungsfälle wird nicht geleistet.
- (4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (5) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für
 - a) Heilbehandlung durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
 - b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
 - c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;
 - d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;
 - e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Heilbehandlung, Visiten, Sonderleistungen und dergleichen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;
 - f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;
 - g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;
 - h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
 - i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;
 - j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen;
 - k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hör-

geräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

Der Versicherer leistet dabei im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(2) Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Erstattungsfähig sind dabei die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der unVersa reisekrankenversichert ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat.

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Die Kostenerstattung gemäß § 4 Abs. 2 b) und § 4 Abs. 2 c) ist auf 10.300 EUR begrenzt. Alle übrigen Kosten werden mit 100 % ohne Begrenzung erstattet.

(3) Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß § 4 Abs. 1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn eine gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet.

(4) Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß § 4 Abs. 1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

§ 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 Kriegereignissen oder an Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;

b) für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen, es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes des in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;

c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;

e) für Kosten einer Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, so-

weit nicht durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

g) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (außer in den Fällen von § 1 Abs. 5);

h) für Behandlung einer Sterilität einschließlich einer extrakorporalen Befruchtung;

i) für Neuanfertigung und Erneuerung von Zahnersatz. Für die Definition des Begriffes Zahnersatz gilt § 4 Abs. 1 j) Satz 2;

j) für kieferorthopädische Behandlung;

k) für Neuanfertigung und Erneuerung von Einlagefüllungen (Gussfüllungen, Inlays);

l) für Aufwendungen, die für eine andere Person anlässlich eines Krankenrücktransportes nach § 4 Abs. 2 a) entstehen, es sei denn, es handelt sich um die Begleitperson gemäß § 4 Abs. 2 a).

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung 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.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Entsprechendes gilt bei Flugzeugunfällen für Ansprüche auf Leistungen gegen die Fluggesellschaft (Luftfrachtführer).

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Wird ein Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser im tariflichen Umfang in Vorleistung.

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

(3) Zur Begründung des Anspruches müssen die Originalbelege eingereicht werden. Die Belege müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Behandlungsdatum enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und ein Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

(4) Die Berechtigung des Anspruches auf Erstattung von Überführungskosten bzw. Bestattungskosten im Ausland ist durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde und einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen. Ferner ist der Nachweis über die Höhe der Kosten zu erbringen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 geltend gemacht werden.

(5) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in deutscher Sprache verlangen. Die Kosten dafür übernimmt der Versicherer.

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

(7) 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. Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

- (8) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim 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. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbeleg nachzuweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Wahrungsparitaten bedingt war.
- (9) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden. Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.
- (10) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle mit dem Ablauf des Versicherungsverhältnisses und vor Ablauf mit Beendigung der jeweiligen Auslandsreise (Rückkehr an den ständigen Wohnsitz) bzw. des Krankenrucktransportes gemäß § 4 Abs. 2 a).
- (2) Der Versicherungsschutz endet auch, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht weiter Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Besteht gleichzeitig eine uniVersa Krankenversicherung nach einem anderen Tarif, kann er auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom anderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (3) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 3 Abs. 4 bzw. adoptierten Kindern gemäß § 3 Abs. 5 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.
- (4) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.
- (5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (6) Die Höhe des Beitrages ist abhängig von der Zugehörigkeit der versicherten Person zu einer der folgenden Personengruppen:
- Personen vor dem vollendeten 60. Lebensjahr
 - Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr
- Der Beitrag für Personengruppe a) gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Der Tarifbeitrag wird vom Versicherer dann zum Ende des betreffenden Monats geändert.
- (7) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8 a Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leis-

tungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 vom Hundert, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhandlers angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Sämtliche Belege sollen spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach dem Ende der jeweiligen Auslandsreise eingereicht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
- (3) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers die Ärzte, Krankenanstalten, andere Kranken- und Unfallversicherer gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.
- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen dem Versicherer nachzuweisen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 2 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Solange die in § 9 Abs. 3 und 4 verlangten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 13 Ende der Versicherung

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der in § 2 Abs. 3 genannten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (3) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel nach § 8a, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis bei einer Beitragsänderung gemäß § 8 Abs. 6 hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (8) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, ihre Versicherungsverhältnisse unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (9) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (10) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird.

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 15 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 im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.