

Tarif 3gk1n

Krankenversicherung für in die Bundesrepublik Deutschland einreisende Personen

Stand: 01.04.2016, SAP-Nr. 336506, 04.2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung (AVB/AK-3gk1n).

1. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und/oder deutscher Staatsangehörigkeit, die vorübergehend in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, deren bisheriger Wohnsitz außerhalb Deutschlands lag und die während des Aufenthaltes in Deutschland nicht der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG unterliegen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt insoweit trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz und wo besteht der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse, die bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland auftreten. Er leistet Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

Als vorübergehender Aufenthalt in Deutschland gilt auch eine aus Deutschland heraus angetretene vorübergehende Auslandsreise, nicht jedoch in ein Land, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat. Versicherungsschutz für eine vorübergehende Auslandsreise in die Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat, besteht bis zu einer Dauer von sechs Wochen je Aufenthalt, jedoch nur bei einer Versicherungsdauer von mehr als 365 Tagen.

3. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen und wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Die Versicherung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antrag/Überweisungsauftrag beantragt werden (siehe Ziffer 2 AVB/AK-3gk1n)

Der Versicherungsvertrag wird für die im Antrag angegebene Anzahl von Aufenthaltstagen abgeschlossen. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 36 Monate.

Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf Antrag ausgedehnt werden. Dieser Antrag ist in Textform zu stellen. Dabei besteht jedoch Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung eingetreten sind.

4. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten, notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten
- Schwangerschaftsvorsorge und Entbindung. Für die Entbindung besteht eine Wartezeit von 8 Monaten.
- ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport sowie der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

5. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Röntgen- und Strahlendiagnostik, Strahlentherapie, chirotherapeutische, physiotherapeutische und osteopathische Behandlungen.

Darüber hinaus leistet der Versicherer für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die

angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wären.

5.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:

- Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- Beratungen und Behandlungen durch Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers
- Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker
Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
- durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Heilmittel: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem Unfall, der während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland eingetretenen ist – medizinische Bäder, Massagen und Krankengymnastik (letztere bis zu insgesamt 150 Euro)
- f) durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte), die erstmals während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland erforderlich werden
- g) Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
- h) Allgemeine Krankenhausleistungen und bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes werden zusätzlich die Kosten der Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus bzw. deren Unterbringungskosten im Hotel bis zur Höhe der Kosten der Mitaufnahme im Krankenhaus erstattet
- i) den medizinisch notwendigen Transport durch anerkannte Rettungsdienste (z.B. Kranken-, Unfall-, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber) zum und vom nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum und vom nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall. Die Aufwendungen werden ebenfalls übernommen, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Verlegung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus handelt. Erfolgt die Fahrt nicht durch einen Rettungsdienst (z.B. Taxi), ist die Leistung auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt 30 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
- j) Such-, Rettungs- oder Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person, wenn im unmittelbaren Anschluss eine stationäre Behandlung stattfindet. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 2.500 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.
- k) schmerzstillende Zahnbehandlung durch Zahnärzte und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, die Anfertigung von provisorischem Zahnersatz, sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays). Ist die Behandlung aufgrund eines Unfalles notwendig geworden, werden die Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) zu 50% des Rechnungsbetrages erstattet.
- l) für die Behandlung von akuten Belastungsreaktionen durch Ärzte oder Psychotherapeuten zur Vermeidung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Voraussetzung hierbei ist, dass es sich um die Folge eines während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland eingetretenen Ereignisses (z.B. Naturkatastrophen, Flugzeugabstürze, Eisenbahnunglücke oder Gewaltverbrechen) handelt. Wir erstatten 5 Sitzungen ohne vorherige Kostenzusage. Voraussetzung für die Kostenübernahme von weiteren Sitzungen ist die Kostenzusage durch den Versicherer oder den Notruf-Service.
- m) Kinderbetreuungskosten bei minderjährigen Kindern.
Aufwendungen für die Notfallbetreuung vor Ort werden erstattet, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- a) die mitreisenden minderjährigen Kinder müssen auch beim Versicherer in diesem Tarif versichert sein
- b) der Versicherte wird stationär behandelt, zurücktransportiert oder ist verstorben. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist medizinisch notwendig und fällt nicht unter Ziffer 6 genannte Versicherungsfälle, für die kein Versicherungsschutz besteht.
- c) kein anderer Mitreisender kann die Kinder betreuen
- d) die Kinderbetreuung wird durch den Notruf-Service organisiert. Erstattet werden die Aufwendungen für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person. Im Falle des Todes werden die Aufwendungen bis zur Rückkehr der Kinder an ihren ständigen Wohnsitz übernommen, auch nachweislich entstandene zusätzliche Rückreisekosten der Kinder werden übernommen.

- 5.2 Bei Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland werden
- Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen übernommen, soweit diese im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Heilpraktiker (GebÜH) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, erstattet
 - Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen und im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattet.
 - Aufwendungen für psychologische Psychotherapeuten, sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattet.

5.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei einer Entbindung bis zu 10.000 Euro; bei der Versorgung von Neugeborenen bis zu 30.000 Euro je Versicherungsfall ersetzt.

5.4 Erstattungsfähig sind die Kosten eines Rücktransports, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles zusätzlich für die Rückkehr in die Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat, anfallen. Zusätzlich werden die Kosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Voraussetzungen sind, dass:

- a) der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland oder in der Bundesrepublik Deutschland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden
- b) der Rücktransport an den ständigen (bisherigen) Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgt
- c) der Rücktransport durch den Versicherer oder den Notruf-Service organisiert werden. Wird weder der Versicherer noch der Notruf-Service mit der Organisation beauftragt, ist die Leistung auf die Kosten begrenzt, die auch bei der Organisation durch den Versicherer oder den Notruf-Service angefallen wären.

5.5 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort im Ausland oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

5.6 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmitteln können unter den unter 5.1 d, e und f genannten Voraussetzungen erstattet werden.

Bei medizinisch notwendiger, stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

5.7 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung, höchstens 30 Euro täglich. Bei stationärer Behandlung kann anstelle jeglicher Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag gewählt werden.

6. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

6.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- a) Behandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung aufgrund einer bereits diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise erfolgen müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Unerwartete Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen sind hingegen versichert
- b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise zum vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland war
- c) Krankheiten und Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Todesfälle während des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland, die durch Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland besteht Versicherungsschutz längstens bis zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer amtlichen Reisewarnung wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen, es sei denn, eine Ausreise ist unerschuldet und nachweislich erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.
- d) auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- e) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen
- f) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- g) Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 5 erstattet
- h) eine durch Siechtum oder Pflegebedürftigkeit bedingte Behandlung oder Unterbringung
- i) Aufwendungen für Schwangerschaftsabbrüche und deren Folgen (bis auf die unter 4. b genannten Versicherungsfälle)
- j) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen. Erstattet werden können diese Behandlungen unter den unter 5.1 l) genannten Voraussetzungen.

6.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

6.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

6.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall dem Versicherer, wird dieser jedoch im Rahmen seiner Verpflichtungen in Vorleistung treten.

7. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragstabelle des Versicherers

Alter 0 – 100	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag
	vom 1. bis zum 90. Tag	vom 91. bis zum 365 Tag	ab dem 366.
	1,25 €	2,50 €	5,25 €

8. Welche Assistance-Leistungen werden erbracht?

Assistance-Leistungen werden nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

- a) Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland
- b) Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland

- c) Organisation und Notfallbetreuung von minderjährigen Kindern vor Ort
- d) medizinische Auskünfte und Ratschläge vor und während Auslandsreisen.

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, kümmern wir uns um die Kostenübernahme. Bitte informieren Sie zeitnah vorher unseren Notruf-Service. Unseren 24-Stunden-Notruf-Service erreichen Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche:

Für Anrufe aus dem Ausland: +49 (0) 1805 603600*

* aus dem Ausland: Gesprächsgebühren abhängig vom Reiseland. Aus Deutschland: 14 Cent / Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 Cent / Min. aus Mobilfunknetzen

AVB/AK - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung nach Tarif 3gk1n

Stand: 01.04.2016, SAP-Nr. 336505, 04.2016

1. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

2. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

2.1 Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.

2.2 Der Vertrag kommt mit dem Tag der Abgabe des Überweisungsauftrags bzw. der Einzahlung des Beitrages (Datumsstempel des Geldinstitutes maßgebend) zustande, sofern der ordnungsgemäß ausgefüllte Antrag/Überweisungsauftrag beim Versicherer eingeht und die Überweisung durch das Geldinstitut ausgeführt wurde.

2.3 Im Übrigen ergeben sich die Folgen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie aus §§ 37, 38 VVG.

3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

3.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

3.2 Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung acht Monate.

4. Wann endet der Versicherungsschutz?

4.1 Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland unter Berücksichtigung einer eventuell im Tarif vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes, spätestens mit Ablauf des Versicherungsvertrages. Als Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung aus der Bundesrepublik Deutschland.

4.2 Erfordert ein Versicherungsfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt der ursprünglichen Beendigung des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 1) hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

5. Was tun im Schadenfall?

5.1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise im Original erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

5.2 Alle Belege müssen enthalten: den Namen des Heilbehandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), die einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten.

Aus den Rezepten müssen die verordneten Medikamente, die Preise und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

5.3 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen aus § 14 Absatz 1 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

5.4 Sieht der Tarif Kostenerstattung bei Krankenrücktransport vor, ist eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung einzureichen aus der hervorgeht, dass der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

5.5 Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist die amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

5.6 Der Versicherer leistet an den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person für deren Versicherungsleistungen als empfangsberechtigte Person in Textform gegenüber dem Versicherer bestimmt, so leistet der Versicherer an diese.

5.7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

5.8 Die in 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, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

5.9 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen in das Ausland und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

6. Welche Obliegenheiten sind nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?

6.1 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

6.2 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 Umfangs erforderlich ist. Insbesondere ist die versicherte Person verpflichtet, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht abzugeben. Außerdem sind dem Versicherer auf dessen Verlangen Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes nachzuweisen.

6.3 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

7. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine der in Ziffer 6 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

8. Wann endet der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag endet

- a) mit dem Tod des Versicherungsnehmers bzw. bei juristischen Personen mit der Auflösung der Gesellschaft. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, soweit dieser sich hiermit einverstanden erklärt. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis;
- b) mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Versicherungsnehmers, sofern keine besonderen Vereinbarungen über die Fortführung getroffen werden. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person endet das Versicherungsverhältnis bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit der jeweils versicherten Person.

9. Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

9.1 Hat ein Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 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 in Textform abzutreten.

9.2 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.

9.3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorwiegend die in den Ziffern 9.1 und 9.2 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.

9.4 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 Ziffern 9.1 bis 9.3 entsprechend anzuwenden.

9.5 Wurde von einem Dritten Schadenersatz nicht versicherungsrechtlicher Art geleistet, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen, soweit der geleistete Schadenersatz und seine Versicherungsleistung zusammen den tatsächlichen Schaden übersteigen würden.

9.6 Erfährt der Versicherer nach Erbringung der Versicherungsleistung davon, dass von einem Dritten Schadenersatz nicht versicherungsrechtlicher Art geleistet wurde, kann er die erbrachte Versicherungsleistung, soweit der geleistete Schadenersatz und seine Versicherungsleistung zusammen den tatsächlichen Schaden übersteigen, zurückfordern.

10. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

11. Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

12. Gerichtsstand

12.1 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.

12.2 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.

12.3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Sitz in einen anderen Staat als die Bundesrepublik Deutschland oder ist sein Sitz im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

12.4 Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person tritt an Stelle des Wohnsitzes in Ziffer 12.1 bis 12.3 deren Sitz.

13. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Tarifs und der Beiträge

13.1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif können vom Versicherer zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden, um sie an eine nach Vertragsschluss eingetretene und von keiner der Parteien zu vertretende Änderung vertragsrelevanter Rahmenbedingungen (insbesondere Gesetzesänderungen) anzupassen. Die neuen Versicherungsbedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen.

13.2 Die Versicherungsbeiträge können vom Versicherer zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden, wenn der jährlich vorzunehmende Vergleich zwischen den erforderlichen und den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt. Der Versicherer führt die Neukalkulation der Beiträge nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik durch.

13.3 Die Änderungen werden wirksam zu Beginn des zweiten Monats, der auf ihre Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen.

Informationspaket zum Tarif 3gk1n der UKV nach VVG-Informationspflichtenverordnung

Stand: 01.04.2016, SAP-Nr. 336504, 04.2016

1. Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV)

Die nachfolgende Darstellung soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Inhalte und Merkmale der angebotenen Versicherung ermöglichen. Deshalb handelt es sich notwendigerweise nicht um eine vollständige Information.

Zu den angesprochenen Inhalten der vertraglich getroffenen Vereinbarungen weisen wir jeweils auf die maßgebliche Vertragsbestimmung bzw. den maßgeblichen Abschnitt der Versicherungsbedingungen hin. Wenn Sie mehr über die einzelnen Vertragsmerkmale wissen wollen, lesen Sie bitte unter den jeweiligen Fundstellen nach.

Versicherungsart

Als Produkt wurde eine Krankenversicherung nach dem Tarif 3gk1n gewählt. Dabei handelt es sich um eine Krankenversicherung, die Leistungen erbringt für ambulante und stationäre Heilbehandlungen für unvorhergesehen eintretende Krankheiten oder Unfälle während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland. Bei von Deutschland ausgehenden Reisen besteht auch im Ausland Versicherungsschutz; jedoch nicht in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Versicherte Leistungen

In diesem Versicherungsvertrag sind eine Reihe von versicherten Leistungen enthalten, die wir Ihnen nachstehend näher erläutern wollen: Der Tarif 3gk1n umfasst erstattungsfähige Leistungen für medizinisch notwendige Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland.

Ambulante Heilbehandlung

- die Behandlung als Privatpatient beim Arzt, Heilpraktiker, Osteopathen oder Chiropraktiker Ihrer Wahl im Ausland
- von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel
- von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnete Hilfsmittel
- von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnete Heilmittel
- Druckkammerbehandlung bei Tauchunfällen
- den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächsterreichbaren Arzt.

Stationäre Heilbehandlung

- Behandlung, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus Ihrer Wahl im Ausland
- den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
- Auszahlung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe von höchstens 30 Euro pro Tag, sofern ein anderer Kostenträger (z. B. GKV) die Kosten der stationären Behandlung ganz oder teilweise übernimmt
- Aufwendung bei Entbindung bis zu 10.000 Euro; bei der Versorgung von Neugeborenen bis 30.000 Euro je Versicherungsfall.

Zahnärztliche Heilbehandlung

Schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, provisorischen Zahnersatz, sowie Reparaturen von Prothesen. Es werden 50 % des Rechnungsbetrages für die Aufwendungen einer Neuanfertigung von Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und Prothesen) erstattet, wenn die Behandlung aufgrund eines Unfalls notwendig wurde.

Rücktransport und Überführung

- medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport aus dem Ausland
- Bestattung am Sterbeort im Ausland oder Überführung im Todesfall

Beachten Sie bitte, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Weitere Einzelheiten finden Sie in Ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen und im Tarif.

Assistance-Leistungen

- Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland
- Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransports aus dem Ausland
- Organisation und Notfallbetreuung von minderjährigen Kindern vor Ort
- medizinische Auskünfte und Ratschläge vor und während Auslandsreisen.

Beitrag

Alter 0 – 100	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag
	vom 1. bis zum 90. Tag	vom 91. bis zum 365 Tag	ab dem 366
	1,25 €	2,50 €	5,25 €

Beispiel für eine Beitragsberechnung:

Eine Gruppe mit 5 Teilnehmern plant eine Auslandsreise von 65 Tagen.

Beitragsberechnung:

1,25 Euro x 65 Tage x 5 Personen = 406,25 Euro

Gesamtbeitrag: 406,25 Euro

Der Vertrag kommt mit Abgabe des Überweisungsauftrages bzw. der Einzahlung des Beitrages zustande.

Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie in Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Tarif 3gk1n (AVB/AK-3gk1n).

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Über die näheren Rechtsfolgen und wie Sie diese vermeiden können, werden wir Sie in einem ggf. erforderlichen Mahnschreiben ausführlich informieren.

Einmalig anfallende Kosten

Einmalig anfallende Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z.B. Übersetzungskosten). In solchen Fällen können wir hierfür eine gesonderte Erstattung in Rechnung stellen.

Leistungsausschlüsse

- Kontrolluntersuchungen und Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung feststand, dass sie in Deutschland erfolgen müssen
- auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
- Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen
- Aufwendungen für z. B. Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte

Die detaillierten Leistungsausschlüsse finden Sie in den Tarifbedingungen 3gk1n Nr. 6.1 a-j.

Obliegenheiten

Sie als Versicherungsnehmer aber auch die versicherte Person haben eine Reihe von Obliegenheiten zu beachten:

Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalls

Sie haben uns gegenüber grundsätzlich folgende Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls:

- Auskunftserteilungspflichten (Nr. 6.2 AVB/AK-3gk1n)
- Mitwirkungspflichten (Nr. 6.3 AVB/AK-3gk1n)
- Schadenminderungspflichten (Nr. 6.1 AVB/AK-3gk1n).

Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

Sie haben uns gegenüber grundsätzlich folgende Pflichten bei Ansprüchen gegen Dritte:

Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte und damit in Verbindung stehende Mitwirkungspflichten (Nr. 9.1 und 9.2 AVB/AK-3gk1n).

Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles und bei Ansprüchen gegen Dritte

Verletzen Sie eine Obliegenheitsverpflichtung bei Eintritt des Versicherungsfalles oder bei Ansprüchen gegen Dritte, so sind wir ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Näheres hierzu finden Sie in Nr. 7 und Nr. 9.3 AVB/AK-3gk1n.

Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag wird für die im Antrag angegebene Anzahl von Reisetagen abgeschlossen. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 36 Monate.

Vertragsbeendigung

Der Vertrag endet mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung der vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes.

2. Allgemeine Verbraucherinformation (§ 1 VVG-InfoV)

2.1 Informationen zu den Vertragspartnern

Versicherungsnehmer: siehe Antrag
Versicherte Person: siehe Antrag

Versicherungsunternehmen

UKV - Union Krankenversicherung AG

Registergericht Saarbrücken HRB 7184
Ust. Ident. Nr.: DE138118055

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken
Telefon (0681) 844-0, Telefax (0681) 844-2509
www.ukv.de, service@ukv.de

Vorstand:

Dr. Harald Benzing (Vorsitzender), Manuela Kiechle, Andreas Kolb

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Dr. Frank Walthes

Hauptgeschäftstätigkeit

Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.

Gesetzlicher Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Unser Unternehmen gehört dem Sicherungsfonds an.

2.2 Informationen zur angebotenen Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen

Diesem Versicherungsvertrag liegen die AVB/AK-3gk1n und die Tarifbedingungen 3gk1n zu Grunde.

Produktbeschreibung

Den Leistungsumfang können Sie im Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Versicherte Leistungen“ ersehen.

Fälligkeit und Leistungserfüllung

Leistungspflicht für den Versicherer besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem

Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.

Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchgeführt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Wurde der Anspruch auf Auszahlung der Geldleistung bei uns eingereicht, so wird der Lauf der Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder der bezugsberechtigten versicherten Person unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Beitrag

Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Beitrag“.

Zusätzliche Kosten

Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Im Gegensatz zu anderen Versicherungsarten unterliegt die Krankenversicherung auch nicht der Versicherungssteuer. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Übersetzungsgebühren). In solchen Fällen können wir eine Gebühr gesondert in Rechnung stellen.

Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hinausgehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.

Zahlung und Erfüllung des Beitrags

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die gesamte Versicherungsdauer zu zahlen.

Der Vertrag kommt mit Zahlung des Beitrages beim Versicherungsmakler Ecclesia zustande.

Ein SEPA-Lastschriftinzugsverfahren ist bei diesem Tarif nicht möglich.

Gültigkeitsdauer dieser Information

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes-, Tarif- oder Beitragsänderungen nicht befristet.

2.3 Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Widerrufsrecht und -folgen

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu widerrufen. Die Frist beginnt mit dem Erhalt der Vertragsbestimmungen, sowie sonstiger Informationsunterlagen inkl. der Belehrung über das Widerrufsrecht. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe vorne unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift des Versicherers“).

Im Falle eines Widerrufs wird der Vertrag zum Zeitpunkt des Eingang des Widerrufs bei uns beendet. Auf die uns zustehenden Beiträge für die Dauer des Versicherungsvertrages verzichten wir aus Kulanzgründen. Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir Ihnen innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des Vertrages.

Laufzeiten

Die Vertragslaufzeit ist auf die beantragte Versicherungsdauer begrenzt.

Anwendbares Recht

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für diesen Vertrag deutsches Recht. Ansprüche gegen den Versicherer können bei dem Gericht des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers geltend gemacht werden. Näheres zum Gerichtsstand finden Sie in Nr. 12 AVB/AK-3gk1n .

Sprache

Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

2.4 Informationen zum Rechtsweg/Beschwerdemöglichkeiten

Beschwerdestelle

Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Betreuer oder direkt an uns.

Die UKV nimmt am Streitbelegungsverfahren des Ombudsmann für Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, teil. Nachdem Sie Ihre Beschwerde erfolglos bei uns geltend gemacht haben, können Sie sich schriftlich an den Ombudsmann wenden.

Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich.

Haben Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Weg, beispielsweise über eine Webseite oder via E-Mail geschlossen, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbelegungsplattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort zunächst an uns und dann an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet. Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail Adresse an: odr-Kommunikation@ukv.de. Diese E-Mailadresse dient ausschließlich der Kommunikation zwischen der Europäischen Kommission und uns. Wenn Sie direkt mit uns in Kontakt treten wollen, nutzen Sie bitte die allgemeine Kontaktadresse der UKV.

Aufsichtsbehörde

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn zu richten.

Ihr Recht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt unberührt.