

# Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen für den kurzfristigen Aufenthalt von Saisonarbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland sowie den Anrainer-Staaten in Gewerbebetrieben bei der Deutsche Familienversicherung AG VB-KV 2013 (Care13)



## 5.1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

- (1) Versichert sind die in der Versicherungsanmeldung (Meldeliste) namentlich aufgeführten Personen.
- (2) Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 70. Lebensjahr, die sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland sowie den Anrainer-Staaten aufhalten und als Saisonarbeitskräfte für einen in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Gewerbebetrieb tätig sind.
- (3) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
  - a) illegal eingereist sind;
  - b) dauernd pflegebedürftig sind, Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- (4) Versicherungsnehmer und versicherte Person sind auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall verpflichtet, die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit durch geeignete Belege, sowie für einen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder den Anrainerstaaten eine gültige Aufenthaltsgenehmigung bzw. bei Bürgern eines der Länder der Europäischen Union eine EU-Arbeiterlaubnis nachzuweisen.

## 5.2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

- (1) Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 14 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages beim Versicherer. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsvertrag kommt mit der ausdrücklichen Annahme der vollständig ausgefüllten Versicherungsanmeldung in Textform (E-Mail, FAX oder Post) zustande. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrages sowie die zu versichernden Personen enthält. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller.
- (3) Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender - unter Abzug der Kosten des Versicherers - zur Verfügung.
- (4) Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden. Auf Antrag kann die An- und Abreise der versicherten Person - längstens für die Dauer von zwei Tagen - mitversichert werden.
- (5) Die Höchstversicherungsdauer innerhalb eines Kalenderjahres beträgt 91 Tage. Eine Verlängerung darüber hinaus ist nicht möglich.
- (6) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
  - a) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages beim Versicherer eingereicht werden.
  - b) Der Versicherer muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
  - c) Bis zum Zeitpunkt der Annahme des Verlängerungsvertrages durch den Versicherer darf noch kein Versicherungsfall eingetreten sein.
  - d) Die Höchstversicherungsdauer von 91 Tagen im Kalenderjahr wird nicht überschritten. Bitte beachten Sie hierzu auch § 4 Ziffer 4 c).
- (7) Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
- (8) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
- (9) Der Versicherungsvertrag endet
  - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) spätestens zwei Tage nach Verlassen des Gewerbebetriebes bis zur Einreise in das Heimatland, sofern sich die versicherte Person auf direktem Wege an den Ort des ständigen Wohnsitzes befragt; andernfalls mit Abreise vom Gewerbebetrieb.

## 5.3 - Prämie

- (1) Die Prämie wird je Tag der Versicherungsdauer pro versicherte Person und Kalendertag berechnet. Die Mindestprämie beträgt 5,- EUR pro Person. Die Gesamtpremie ist in einer Summe zu entrichten. Sofern die Reise vorzeitig abgebrochen wird, kann die für die entsprechende Zeit nicht verbrauchte Prämie zurück vergütet werden.
- (2) Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
  - a) Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
  - b) Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  - c) Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (3) Zahlung von Folgeprämien:
  - a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
  - b) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
  - c) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Monaten mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
  - d) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

## 5.4 - Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Geltungsbereich
  - a) Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
  - b) Tritt der Versicherungsfall im Heimatland der versicherten Person ein, besteht kein Versicherungsschutz. Als Heimatland gelten diejenigen Staatsgebiete, in dem die

versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat und/ oder deren Staatsangehörigkeit sie besitzt.

- c) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen, sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Beginn
  - a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
    - a) nicht vor zustande kommen des Versicherungsvertrages;
    - b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten;
    - c) frühestens zwei Kalendertage vor Ankunft im Gewerbebetrieb mit Ausreise aus dem Heimatland, sofern sich die versicherte Person auf direktem Wege zum Sitz des Gewerbebetriebes befragt;
    - d) nicht vor Zahlung der Prämie;
  - b) Ende
    - a) Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
      - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
      - b) spätestens zwei Tage nach Abreise vom Gewerbebetrieb, sofern sich die versicherte Person auf direktem Wege in das Heimatland befragt, bzw. mit Beendigung des Rücktransportes oder der Überführung;
      - c) am 92. Tag aller Versicherungszeiträume innerhalb eines Kalenderjahres, sofern die Versicherung oder ein Verlängerungsvertrag über die Höchstversicherungsdauer von 91 Tagen im Kalenderjahr hinaus beantragt wird;
      - d) spätestens mit Einreise in das Heimatland.
  - (3) Nachhaftung
    - a) Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.

## 5.5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht I. Allgemeines

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannten Ereignisse. Er ersetzt bei einem in der Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Die vorliegende Reise-Krankenversicherung ist eine private, nicht substitutive Krankenversicherung. Der Versicherungsschutz ersetzt weder ganz noch teilweise die gesetzliche Krankenversicherung. Der Abschluss dieser Reise-Krankenversicherung befreit den Versicherungsnehmer nicht von seiner Pflicht zu prüfen, ob und in welchem Land die versicherte Person sozialversicherungspflichtig ist und, soweit die versicherte Person nicht sozialversicherungsfrei beschäftigt werden darf, die entsprechenden Sozialabgaben an den Sozialversicherungsträger zu zahlen. Soweit die versicherte Person Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen kann, ist die vorliegende Reise-Krankenversicherung subsidiär und der Versicherer berechtigt, seine Leistungen um die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu kürzen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfällen. 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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
  - b) der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (4) In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) in Rechnung stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte - sofern vorhanden - die ortsübliche Gebühr berechnen.
- (5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
- (6) Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung 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, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
- (7) Der Versicherer leistet 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 erfolgversprechend 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 Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (8) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, das in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

## II. Heilbehandlungs-kosten

- (1) Der Versicherer erstattet die entstandenen Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
  - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Frühgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt);
  - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel, die aus der Apotheke bezogen sind;
  - c) ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und unmittelbar der Behandlung der Unfall-

folgen dienen. Die Leistung ist auf insgesamt 500,- EUR im versicherten Zeitraum begrenzt.

- d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen sowie ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Physiotherapie bis insgesamt 500,- EUR im versicherten Zeitraum,
- e) Röntgendiagnostik,
- f) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung),
- g) den notwendigen Transport in das nächstliegende anerkannte Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste sowie Verlegungskosten bei medizinischer Notwendigkeit und ärztlicher Anordnung
- h) unaufschiebbare Operationen,
- (2) Zahnbehandlungskosten
  - a) Der Versicherer erstattet schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung.

## III. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

- (1) Der Versicherer erstattet die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankenrücktransportes aus der Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare Krankenhaus, wenn in zumutbarer Entfernung zum momentanen Aufenthaltsort eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Außerdem werden die zusätzlichen Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch erforderlich oder behördlich vorgeschrieben ist.
- (2) Stirbt die versicherte Person während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten, übernimmt der Versicherer die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten bis zu 5.000,- EUR.
- (3) Der Versicherer übernimmt die Kosten einer Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 5.000,- EUR. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteines, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dergleichen.

## IV. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.

## 5.6 - Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
  - a) für die Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland und den Anrainerstaaten, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
  - b) für die Behandlungen auf Reisen, die gegen ärztlichen Rat erfolgt sind bzw. von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
  - c) für solche Krankheiten etc. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernereignisse, Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen
  - e) für auf Sucht beruhende Krankheiten sowie für Entziehungsmassnahmen einschließl. Entziehungskuren;
  - f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
  - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - h) für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - i) für eine durch Sichtung, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
  - j) für die Behandlung geistiger oder seelischer Krankheiten sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
  - k) für Immunisierungsmaßnahmen;
  - l) für Behandlungen wegen Sterilität, einschließl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/ oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
  - m) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
  - n) für Vorsorgeuntersuchungen;
  - o) für Zahnersatz, Stützmittel, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlungen, Implantate, Aufbissbehelfe und gnatologische Maßnahmen;
  - p) für Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
  - q) Organspenden und Folgen;
  - r) Entbindungen.
- (2) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
  - a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
  - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
- (3) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (4) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

## 5.7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenherhöhung führen könnte;
  - b) den Schaden dem Versicherer unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
  - c) dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfälle die Sterbeurkunde einzureichen;
  - d) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum Versicherer aufzunehmen. Hierfür hat sich der Versicherungsnehmer an das Service-Telefon der Care Concept AG, Telefon 0800 / 977 35 00 unter Angabe des Namens, Vornamens

der versicherten Person und der Versicherungsdauer zu wenden. Falls dieser Notruf vor Inanspruchnahme des Krankenhauses nicht möglich ist, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, sich unverzüglich nach Behandlungsbeginn mit dem Service-Telefon in Verbindung zu setzen.

- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Folgen von Obliegenheitsverletzung  
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

#### § 8 - Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Die Originalrechnungen sind bei der

##### Care Concept AG

Postfach 33 01 51  
53203 Bonn

einzureichen.

- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:
- Originalbelege in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
  - Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung einzureichen;
  - aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk oder Stempel der Apotheke deutlich hervorgehen.
  - eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
  - auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. den Anrainerstaaten;
- (3) Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch den Versicherer infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
- (4) Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform (E-Mail, FAX oder Post) gehemmt.

#### § 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

- (1) Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
- (2) Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
- (3) Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

#### § 10 - Aufrechnung

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

#### § 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (E-Mail, FAX oder Post).
- (2) Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

#### § 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

#### § 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

#### Anschriften:

Care Concept AG  
Am Herz-Jesu-Kloster 20  
53229 Bonn

Deutsche Familienversicherung AG  
Beethovenstraße 71  
60325 Frankfurt am Main