

Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen zu dem Produkt Au-Pair-2010 (AVBB Au-Pair-2010)

A Allgemeiner Teil – gültig für alle Versicherungen

1. Wer ist als Au-Pair Teilnehmer versichert?

- 1.1 Die im Versicherungsschein namentlich genannte Person mit deutscher oder mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist versichert, sofern die Versicherungsprämie gezahlt wurde und diese
 - 1.1.1 einen schriftlichen Au-Pair Vertrag mit einer Gastfamilie gemäß den gesetzlichen Regeln des Gastlandes vereinbart und zu Beginn des Au-Pair Aufenthaltes das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
 - 1.1.2 eine wirksame Einreise- und Aufenthaltsgenehmigung des Gastlandes für den Au-Pair Aufenthalt besitzt und diese auf Verlangen nachweisen kann.
- 1.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Ferner Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

2. Für welche Aufenthalte und Reisen gilt die Versicherung (Gebiet)?

- 2.1 Innerhalb der vereinbarten Laufzeit der Versicherung gilt der Versicherungsschutz für eine versicherte Person:
 - 2.1.1 mit Heimatland Deutschland:
 - für die Dauer des Au-Pair Aufenthaltes außerhalb Deutschlands.
 - 2.1.2 mit Heimatland außerhalb Deutschlands:
 - für die Dauer des Au-Pair Aufenthaltes in Deutschland, der EU einschließlich der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island.
- 2.2 Als Heimatland gilt das Land, in welchem die versicherte Person seit mindestens zwei Jahren ihren ständigen Hauptwohnsitz hat.
- 2.3 Für Urlaubsreisen einer versicherten Person wird Versicherungsschutz bis zu vier Wochen je Versicherungsjahr weltweit geboten (einschließlich des Heimatlandes). Verbringt die versicherte Person mit der Gastfamilie gemeinsam einen Urlaub, wird weltweiter Versicherungsschutz für Reisen bis zu sechs Wochen je Versicherungsjahr gewährt.

3. Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

- 3.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Antragseingang, nicht vor Grenzüberschreitung und nicht vor Ablauf von evtl. Wartezeiten. Wartezeiten rechnen ab Versicherungsbeginn bzw. bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.
- 3.2 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb von 10 Tagen nach Einreise in das jeweilige Reiseland zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von 10 Tagen nach Einreise ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
- 3.3 Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind bzw. bereits bestanden haben, wird nicht geleistet.
- 3.4 Der Versicherungsschutz endet – in der Reisekrankenversicherung auch für schwebende Versicherungsfälle – nach Beendigung des Aufenthaltes mit der Rückkehr ins Heimatland, spätestens jedoch

mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

- 3.5 Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherbarkeit gem. Ziff. 1.2 Teil A nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherbare Person dennoch Prämie gezahlt, so wird diese innerhalb von 30 Tagen zurückerstattet.

4. Welche Laufzeit hat der Vertrag und wann ist die Prämie zu zahlen?

- 4.1 Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate, höchstens für die Dauer eines Jahres vereinbart werden. Wird der Au-Pair Vertrag über den im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt hinaus verlängert, kann ein Anschlussvertrag vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit höchstens für die Dauer eines weiteren Jahres vereinbart werden. Der Anschlussvertrag bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherers.
- 4.2 Bei Vertragsverlängerung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung neu eingetreten sind.
- 4.3 Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person täglich zum Monatsende gekündigt werden. Er endet außerdem zum Ablauf, wenn die versicherte Person nicht ausreist, oder zum Ausreisezeitpunkt, wenn der Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Verlangen ist die Nichtausreise oder die vorzeitige Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei Wochen nachzuweisen.
- 4.4 Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung abzugeben.
- 4.5 Der Versicherungsnehmer hat den ersten Beitrag unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 4.6 Die Folgeprämien sind jeweils für einen Monat im Voraus fällig. Ist eine Lastschrifteneinzugsermächtigung erteilt, wird die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht, sonst ist die Prämie zu überweisen. Kann die Folgeprämie zu diesem Termin nicht abgebucht werden oder wird diese nicht gezahlt, kann der Versicherer in Textform und auf Kosten des Versicherungsnehmers eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Versicherer die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines

Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet.

5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

5.1 Nicht versichert sind Schäden durch Streik, innere Unruhen, Kriegsereignisse, Kernenergie und Eingriffe von hoher Hand;

5.1.1 welche die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt;

5.1.2 durch die Teilnahme an Expeditionen.

6. Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten (Obliegenheiten)?

6.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,

6.1.1 den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden;

6.1.2 den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;

6.1.3 aufgrund der mit dem Versicherer getroffenen Vereinbarung nach Eintritt des Versicherungsfalles jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiterhin hat die versicherte Person dem Versicherer die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit zu ermöglichen, als die versicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original eingereicht werden, die Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden und es dem Versicherer gestattet wird, Ursache und Höhe des geltend gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht der versicherten Person, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

6.2 Die versicherte Person hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Versicherung einzureichen.

6.3 Macht die versicherte Person entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellt die versicherte Person dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung oder verletzt sie sonstige vertragliche Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt die versicherte Person grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

Trotz Verletzung der Obliegenheiten der versicherten Person zur Auskunft, zur Aufklärung, zur Beschaffung von Belegen oder sonstiger vertraglicher Obliegenheiten, bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Verletzt die versicherte Person die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

7. Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

7.1 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.

7.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen Ersatzansprüche an den Versicherer abzutreten.

7.3 Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Rechnungsbelegen im Original zunächst den Versicherer in Anspruch, tritt dieser in Vorleistung.

8. Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung?

Der Versicherer wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles versucht den Versicherer durch unzutreffende Angaben über Umstände zu täuschen, die für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sind.

9. Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

10. Welches Gericht ist zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person zuständig ist.

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

B Bedingungen für die Reisekrankenversicherung

1. Was ist versichert?

1.1 Versichert sind die Kosten

1.1.1 der Heilbehandlung

1.1.2 des Krankentransports

1.1.3 der Überführung bei Tod

bei akut eintretenden Krankheiten und Unfallfolgen während des Aufenthaltes.

1.2 Versichert sind ebenso die Kosten für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat.

2. Was sind Wartezeiten?

2.1 Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.

2.2 Die Wartezeit bei Entbindung beträgt acht Monate.

3. Welche Kosten werden bei Heilbehandlung im Geltungsbereich erstattet?

Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe, jeweils im Rahmen der in dem Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen und Höchstbeträgen.

Innerhalb Deutschland werden ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen gem. Ziff. 3 Teil B höchstens mit dem 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vergütet; überwiegend medizinisch-technische Leistungen werden höchstens mit dem 1,8-fachen Satz vergütet, Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz. Die Kosten stationärer Behandlung laut Ziff. 3.4 Teil B werden nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.

In jeweils vereinbarter Dauer erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung über die vereinbarte Laufzeit der Versicherung hinaus bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport bis zum Ende der vereinbarten Laufzeit des Versicherungsschutzes wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist, max. für die Dauer von 90 Tagen nach

Versicherungsende.

Dazu gehören die Kosten für:

- 3.1 ambulante Behandlung durch einen Arzt;
- 3.2 Heilbehandlungen sowie Arznei- und Verbandmittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden;
- 3.3 die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaften, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind;

Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation sowie deren Folgen, falls der Beginn der Schwangerschaft nach ärztlicher Bescheinigung nach dem Beginn des Versicherungsschutzes eintrat. Die Aufwendungen für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft werden in folgendem Umfang erstattet – die Aufwendungen für das 1. Screening von Beginn der 9. bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche, für das 2. Screening von Beginn der 19. bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche und für das 3. Screening von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche. Weitere Ultraschalluntersuchungen werden nur bei medizinischer Indikation (Auffälligkeiten und Komplikationen) und nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage durch den Versicherer erstattet. Für Aufwendungen, die durch die Behandlung eines Neugeborenen entstehen, besteht kein Versicherungsschutz. Ansonsten wird Kostenersatz nur insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter und Kind erforderlich ist.

- 3.4 die stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei Behandlung in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) und ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
- 3.5 den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus im Geltungsbereich und zurück in die Unterkunft.
- 3.6 unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel, in einfacher Ausführung.
- 3.7 schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (Amalgamfüllungen) sowie Reparaturen von Zahnersatz.
- 3.8 medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung.
- 3.9 ärztlich verordnete Heilmittel.

4. Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Krankenrücktransport und Überführung?

Der Versicherer erstattet jeweils im Rahmen der vereinbarten Höchstbeträge, außer bei einem Aufenthalt im Heimatland, die

- 4.1 Kosten für den medizinisch notwendigen, in Abstimmung mit den behandelten Ärzten vor Ort durchgeführten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort im Heimatland der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
- 4.2 unmittelbaren Kosten für die Überführung des verstorbenen Versicherten in sein Heimatland zur Bestattung oder die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort, maximal bis zu 10.000,- EUR.

5. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- 5.1 Heilbehandlungen und andere ärztlich bzw. zahnärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt sind;
- 5.2 Krankheiten einschließlich deren Folgen, die innerhalb von 12 Monaten vor Versicherungsbeginn, bereits diagnostiziert oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Versicherungsbeginn lag. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt waren oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste.
- 5.3 Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen, sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Versicherungsbeginn bestand oder bekannt war;
- 5.4 Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
- 5.5 Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien hinausgehen, wie z.B. Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen, Zahnkosmetik sowie kieferorthopädische und implantologische Maßnahmen;

- 5.6 Massagen- und Wellness-Behandlungen sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich vereinbart ist;

- 5.7 Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
- 5.8 Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
- 5.9 Schwangerschaftsunterbrechungen, soweit nicht medizinisch indiziert, und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
- 5.10 durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung einschließlich Krankenrücktransport;
- 5.11 die Behandlung von Geistes- und Gemüskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Krankenrücktransport;
- 5.12 Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
- 5.13 weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden.

6. Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

Die versicherte Person ist verpflichtet,

- 6.1 im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zum Versicherer aufzunehmen;
- 6.2 ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
- 6.3 die entsprechenden Belege einzureichen. Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

7. Welche zusätzlichen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz der Krankenversicherung während eines Aufenthaltes im Ausland?

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in EUR umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß den „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

8. Unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe bietet der Versicherer Freistellung von der Haftung für die Ausreisekosten der versicherten Person?

Der Versicherer stellt die Person, die sich gemäß § 82 Abs.2 AuslG zur Haftung für die Ausreisekosten der versicherten Person im Falle der Abschiebung oder Zurückschiebung aus Deutschland verpflichtet hat, von der Zahlungsverpflichtung für die Kosten gemäß § 83 Abs. 1 AuslG bei behördlich angeordneter Abschiebung aus Deutschland laut rechtskräftigem Bescheid bis zur Höhe von 5.000,- EUR frei.

C Bedingungen für die Reiseunfall- versicherung

1. Was ist versichert? Was ist ein Unfall?

1.1 Der Versicherer erbringt, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme, wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthaltes zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt, sowie für Bergung.

1.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

2. Unter welchen Voraussetzungen besteht kein Versicherungsschutz?

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

2.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

2.2 Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch einer Straftat zustoßen;

2.3 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

2.4 Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;

2.5 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und andere im Einverständnis mit der versicherten Person vorgenommene Eingriffe in ihren Körper, Strahlen, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;

2.6 Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall die überwiegende Ursache ist;

2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

3. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Tod der versicherten Person?

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer die vereinbarte Versicherungssumme an die Erben.

4. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei dauernder Invalidität der versicherten Person?

Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

4.1 Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

4.2 Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –

4.2.1 bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane

– Arm	70%
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
– Hand	55%
– Daumen	20%

– Zeigefinger	10%
– anderer Finger	5%
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
– Bein bis unterhalb des Knies	50%
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
– Fuß	40%
– große Zehe	5%
– andere Zehe	2%
– Auge	50%
– Gehör auf einem Ohr	30%
– Geruchs- oder Geschmackssinn	10%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

4.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

4.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziff.4.2.1 und 4.2.2 Teil C zu bemessen.

4.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammen gerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

4.2.5 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

4.2.6 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder später als ein Jahr nach dem Unfall und war der Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

5. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Bergung der versicherten Person?

Der Versicherer leistet Ersatz für Such-, und Rettungs- und Bergungskosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss, oder wenn die versicherte Person vermisst wird und zu befürchten ist, dass ihr etwas zustoßen ist.

6. Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistung?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

7. Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu unternehmen?

7.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,

7.1.1 sich von den durch den Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen; die für die Untersuchung notwendigen Kosten trägt der Versicherer.

7.1.2 die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden;

7.1.3 den Versicherer mindestens einen Monat vor der Abreise aus Deutschland den Tag der beabsichtigten Abreise mitzuteilen, sofern sich die versicherte Person zum Aufenthalt in Deutschland aufhält.

7.2 Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn diesem der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität?

8.1 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen sind, ist er verpflichtet, innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

8.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.

- 8.3 Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- 8.4 Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss vom Versicherer mit Abgabe der Erklärung entsprechend Ziff. 8.1 Teil C von der versicherten Person vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

D Bedingungen für die Haftpflichtversicherung

1. 1. Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes als Au-Pair wegen eines Schadenereignisses aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadenereignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

2. In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen und in welchem Umfang leistet der Versicherer Entschädigung?

2.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere:

- 2.1.1 als Familien- und Haushaltsvorstand (z.B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige)
- 2.1.2 als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb)
- 2.1.3 aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Ziff. 3.3 Teil D genannten Sportarten)
- 2.1.4 als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert)

2.2 Umfang der Leistung

2.2.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche und die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen. Berechtig sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte. Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers oder des Mitversicherten auf seine Kosten.

2.2.2 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person vom Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt er die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.

2.2.3 Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat der Versi-

cherer für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

2.2.4 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigungsleistung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

2.2.5 Mehrere zeitlich zusammenhängende Versicherungsfälle aus derselben Ursache gelten als ein Versicherungsfall. Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Versicherungssumme angerechnet. Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche. Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente von dem Versicherer erstattet. Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem die versicherte Person sich an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt. Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Verhalten der versicherten Person scheitert, hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Entschädigungsleistung, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

2.2.6 Die Reisehaftpflichtversicherung gilt subsidiär, d.h. Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat. Ein Anspruch aus der Reisehaftpflichtversicherung besteht somit nicht, soweit die versicherte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann.

3. Welche Risiken sind nicht versichert?

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

- 3.1 Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.
- 3.2 Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
- 3.3 Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport jeglicher Art sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.
- 3.4 Glasschäden.
- 3.5 Haftpflichtansprüche wegen Schäden

- 3.5.1 an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
- 3.5.2 die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z. B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.

Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen.

Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungslleistung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haft-

pflichtversicherung, auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).

- 3.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.
- 3.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
- 3.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- 3.9 Haftpflichtansprüche
 - 3.9.1 aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind),
 - 3.9.2 zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages,
 - 3.9.3 von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen,
 - 3.9.4 von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften,
 - 3.9.5 von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine,
 - 3.9.6 von Liquidatoren.
- Die Ausschlüsse unter Ziff. 3.9.2 – 3.9.6 Teil D erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 3.10 Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdender.
- 3.11 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist.
- 3.12 Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche, etc.), in dem von der Gastfamilie bewohnten Haus oder der von der Gastfamilie bewohnten Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume.
- 3.13 die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- 3.14 die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- 3.15 die Haftpflicht aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
- 3.16 die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

4. Was muss die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles unbedingt beachten? (Obliegenheiten)

Versicherungsfall ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.

- 4.1 Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben wurden.

- 4.2 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben, so ist der Versicherte verpflichtet, dem Versicherer alle erforderlichen Angaben zu machen und alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Höhe des Schadens zu klären und die Kosten der Abwehr des Anspruchs zu mindern.

rungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

- 5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- 1) Wird die einmalige oder die erste Prämie 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.
- 2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- 1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- 2) Tritt der 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.
- 3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.