

Präambel

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere bedingungsgemäße Ereignisse für die im Versicherungsschein benannte(n) Person(en). Wir gewähren bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Kosten für erforderliche Heilbehandlungen und sonstige vereinbarte Leistungen. Dies allerdings nur am jeweiligen ausländischen Aufenthaltsort.

Inhaltsverzeichnis

Teil A – Leistungen

1. **Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang**
 - 1.1 Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz
 - 1.2 Versicherungsschutz für Heilbehandlungen, Krankentransporte und Rücktransporte
 - 1.3 Welche Kosten ersetzen wir für eine Überführung oder Bestattung?
 - 1.4 Ersatz von Telefonkosten
 - 1.5 Selbstbehalt
2. **Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen**
 - 2.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?
 - 2.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Beitrag reduzieren?
 - 2.3 Einschränkung der Leistungspflicht und Leistungsbefreiung
3. **Regelungen bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger**

Teil B – Ihre Pflichten

1. **Pflichten in Zusammenhang mit der Beitragszahlung**
 - 1.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
 - 1.2 Was passiert, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
 - 1.3 Was passiert, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?
 - 1.4 Beiträge
2. **Pflichten (Obliegenheiten)**
 - 2.1 Welche Pflichten (Obliegenheiten) müssen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?
 - 2.2 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?
3. **Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns**

Teil C – Allgemeine Regelungen

1. **Der Versicherungsvertrag**
2. **Beginn des Versicherungsschutzes**
3. **Ende des Versicherungsschutzes**
4. **Abschluss und Ende des Vertrages**
5. **Kündigung des Vertrages im Schadensfall**
6. **Zuständiges Gericht**

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (AVB-AR 01/2017)

Teil A – Leistungen

Hier finden Sie Regelungen darüber, welche Leistungen wir erbringen und was nicht versichert ist.

1. **Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang**
 - 1.1 **Allgemeine Regelungen zum Versicherungsschutz**

Ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die versicherte Person und den Versicherungsnehmer voneinander: Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben – bei einer Familienversicherung können dies auch mehrere Personen sein. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

 - 1.1.1 **Wann liegt ein Versicherungsfall vor?**
 - (1) **Versicherungsfall**

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch:

 - medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden sowie Früh- und Fehlgeburten. Außerdem Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen wegen Früh- und Fehlgeburten;
 - medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport und
 - Tod
 - (2) **Beginn und Ende des Versicherungsfalles**

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht ein neuer Versicherungsfall.
 - 1.1.2. **Welche persönlichen Eigenschaften sind Voraussetzung für den Versicherungsschutz?**

Versicherbar sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
 - 1.1.3 **Dauer und Wesen des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise außerhalb Deutschlands (Ausland) auftreten.

Der Versicherungsschutz besteht während der ersten 56 Tage aller vorübergehenden Auslandsreisen, die die versicherte Person innerhalb eines Versicherungsjahres antritt.
 - 1.1.4 **Wann werden unsere Leistungen fällig?**
 - (1) **Fälligkeit unserer Leistungen**

Wir sind zur Leistung verpflichtet, wenn die Originalrechnungen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden unser Eigentum. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften. Allerdings muss darauf der andere Versicherer seine Leistungen oder Ablehnung vermerkt haben. Von allen fremdsprachigen Belegen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen Sie auf unser Verlangen deutschsprachige Übersetzungen einreichen.

(2) Umrechnung von Kosten in ausländischer Währung

Wir rechnen die in ausländischer Währung entstandenen Kosten zum Eurokurs des Tages um, an dem die Belege bei uns eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs. Es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben.

1.1.5 Welche Nachweise sind erforderlich?

Alle Belege müssen folgende Angaben enthalten:

- den Namen des Behandlers;
- den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person;
- sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten.

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 Behandlung enthalten.

Auf unser Verlangen müssen Sie Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise im Leistungsfall nachweisen.

1.1.6 Was gilt für Überweisungskosten?

Die Überweisung von Versicherungsleistungen im SEPA-Raum ist für Sie kostenfrei. Für alle anderen Überweisungsformen müssen Sie die Kosten tragen. Diese ziehen wir von unseren Leistungen ab.

1.1.7 An wen können wir leisten?

Wir leisten an Sie. Auch der Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen ist zum Empfang von Versicherungsleistungen berechtigt. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders haben, werden wir nicht an ihn leisten.

1.2 Versicherungsschutz für Heilbehandlungen, Krankentransporte und Rücktransporte

1.2.1 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Behandlern

Unter folgenden im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Behandlern kann die versicherte Person frei wählen:

- Ärzte
- Zahnärzte
- Chirotherapeuten
- Heilpraktiker
- Osteopathen

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, frei wählen.

1.2.2 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Arzneimittel leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Beispielsweise Schröpfen, Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Eigenblutbehandlung, Chirotherapie und therapeutische Lokalanästhesie. Oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistung auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.2.3 Welche Kosten ersetzen wir bei Heilbehandlungen?

(1) Kosten für ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 % der Kosten von medizinisch notwendigen ambulanten ärztlichen Heilbehandlungen einschließlich Röntgendiagnostik. Zu den ärztlichen Heilbehandlungen zählen auch:

- durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Schwangerschaftskomplikationen;
- Heilbehandlungen wegen Fehlgeburt;
- sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.

Außerdem ersetzen wir 100 % der Kosten für Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt) sowie die Kosten der Heilbehandlung des neugeborenen Kindes aufgrund einer Frühgeburt im Ausland vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche.

(2) Kosten für Arznei- und Verbandmittel

Wir erstatten 100 % der Kosten für die von zugelassenen Behandlern verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate und ähnliches. Dies gilt auch, wenn diese vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, gelten jedoch als Arzneimittel.

(3) Kosten für physikalisch-medizinische Leistungen

Wir ersetzen 100 % der Kosten für

- Strahlenbehandlung;
- Lichtbehandlung;
- Massagen;
- medizinische Packungen;
- Inhalationen;
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie);
- sonstige physikalische Behandlungen.

(4) Kosten für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen und Hörgeräte)

Wir ersetzen 100 % der Mietkosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung für die Dauer der versicherten Reise. Sehhilfen und Hörgeräte sind hiervon ausgenommen. Falls eine Leihe nicht möglich ist, ersetzen wir den Kaufpreis.

Außerdem erstatten wir die medizinisch notwendigen Aufwendungen für die Anschaffung von Herzschrittmachern oder Prothesen. Dies sofern sie aufgrund von Unfällen oder Erkrankungen, die während der Reise auftreten, erstmals notwendig werden. Hierbei steht die Sicherung der Transportfähigkeit im Vordergrund.

(5) Kosten für Zahnbehandlungen

Wir ersetzen 100 % der Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen;
- notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung;
- notwendige Reparaturen von Inlays (Einlagenfüllungen) und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit einschl. Provisorien;
- provisorischen Zahnersatz nach einem Unfall.

(6) Kosten für Rücktransporte

Wir ersetzen 100 % der Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person. Dafür muss eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar;
- nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;
- die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Wir übernehmen auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson. Dies soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

1.2.4 Welche Kosten ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?

(1) Kosten für Arzt- und Krankenhausleistungen in Krankenhäusern unter ständiger ärztlicher Aufsicht

Wir erstatten 100 % der Kosten für

- ärztliche Heilbehandlungen;
- notwendige Operationen und Operationsnebenkosten;
- Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung;
- die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein mitversichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden muss.

(2) Kosten für Krankentransporte

Wir ersetzen die Kosten für den Transport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Des Weiteren den Transport im Anschluss an die Erstversorgung beim Notfallarzt zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus. Außerdem den Transport mit Rettungsdiensten in das nächst erreichbare Krankenhaus. Dies gilt auch, wenn sich eine stationäre Behandlung im Nachhinein als nicht erforderlich erweist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt.

(3) Weitere Kosten

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person organisieren wir den Krankenbesuch einer ihr nahestehenden Person (vom Wohnort zum Krankenhaus und zurück). Dies muss von ihr gewünscht werden. Wir übernehmen die anfallenden Kosten der Hin- und Rückreise, nicht jedoch die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Bei der Wahl des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise berücksichtigen wir die wirtschaftliche Verhältnismäßigkeit. Voraussetzung ist, dass der stationäre Krankenhausaufenthalt länger als 5 Tage dauert. Er darf bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen sein.

1.2.5 Welche weiteren Kosten ersetzen wir?

(1) Kosten für die Betreuung eines minderjährigen Kindes

Wir ersetzen die Kosten für die Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise alleine fortsetzen oder abbrechen muss. Dies sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an der Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden minderjährigen Kindes die Reise nicht planmäßig beenden kann/können. Und zwar aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter, schwerer Erkrankung.

(2) Kosten für Rettung und Bergung

Wir ersetzen Rettungs- und Bergungskosten bis 5.000,- EUR, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gerettet oder geborgen werden muss. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(3) Kosten für die Beschaffung von Arzneimitteln

Bei Verlust von ärztlich verordneten Arzneimitteln auf der Reise, organisieren wir die Beschaffung der Ersatzpräparate und deren Übersendung. Dies tun wir in enger Abstimmung mit dem Hausarzt. Voraussetzung ist, dass keine gleichwertigen Ersatzpräparate am Aufenthaltsort erhältlich sind. Wir tragen hierbei die Kosten für den Versand. Die Kosten für die Ersatzpräparate müssen Sie uns unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb eines Monats nach Beendigung der Reise erstatten.

(4) Kosten für die Rückholung von Gepäck

Wir organisieren die Gepäckrückholung, sofern alle mitversicherten und mitgereisten erwachsenen Personen während der Reise zurücktransportiert wurden oder verstorben sind. Für die Rückholung tragen wir die anfallenden Mehrkosten.

1.3 Welche Kosten ersetzen wir für eine Überführung oder Bestattung?

Wir ersetzen die Mehraufwendungen für die durch die Überführung bei Tod einer versicherten Person in das Inland entstehenden Kosten. Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, erstatten wir die entstehenden Kosten. Diese bis zur Höhe der Kosten, die bei einer Überführung angefallen wären.

Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten muss eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache eingereicht werden.

1.4 Ersatz von Telefonkosten

Wir erstatten die nachgewiesenen Telefonkosten für Anrufe bei unserer Assistance-Hotline.

1.5 Selbstbehalt

Bei jedem Versicherungsfall trägt die versicherte Person einen Selbstbehalt von 100,- EUR, sofern wir dies mit Ihnen vereinbart haben.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Reiseantritt waren;
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Reisedurchführung stattfinden mussten. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die Reise wegen des Todes des Ehegatten/Lebensgefährten oder Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- Krankheiten und deren Folgen, für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse verursacht worden sind. Auch wenn diese durch aktive Teilnahme an inneren Unruhen entstanden sind, gilt der Leistungsausschluss. Kriegsereignisse sind dann vorhersehbar, wenn eine Warnung des Auswärtigen Amtes vor Reiseantritt ausgesprochen wurde;
- auf Vorsatz einschließlich Selbstmord und Selbstmordversuch sowie Sucht, wie Alkohol, Drogen etc. beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen. Dieser Leistungsausschluss gilt ebenso für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- Kur und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen. Außer, diese Behandlungen erfolgen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung. Diese muss wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgt sein. Außerdem müssen diese Behandlungen zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen. Wir müssen die Leistungen vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt haben;
- Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnprothesen und Provisorien hinausgehen. Beispielsweise Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen, Zahnkosmetik sowie Kieferorthopädie und Implantologie. Der Leistungsausschluss gilt nicht in den Fällen von Teil A Ziffer 1.2.3 (5);
- Behandlungen durch Ehegatten/Lebensgefährten, Eltern und Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

2.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag reduzieren?

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistung auf einen angemessenen Betrag reduzieren. Ebenfalls reduzieren können wir, wenn die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen ist.

2.3 Einschränkung der Leistungspflicht und Leistungsbefreiung

Wir erstatten die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tage der medizinisch vertretbaren Transportfähigkeit. Dies sofern ein Rücktransport bis zum Ende der versicherten Reise wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist.

Wir müssen nicht leisten, wenn Sie einen Täuschungsversuch über die Umstände, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind, begehen.

3. Regelungen bei Ansprüchen gegen mehrere Leistungsträger

Haben Sie einen Ersatzanspruch gegen einen Dritten, geht der Anspruch aus dem anderweitigen Vertrag diesem vor.

Dies unabhängig davon, wann der andere Vertrag abgeschlossen wurde und ob es sich um einen eigenen oder fremden Vertrag handelt.

Auch dann, wenn dieser seinerseits eine Subsidiaritätsklausel enthalten sollte.

Im Hinblick auf solche Versicherungen gilt die Versicherung nach diesem Vertrag als speziellere Versicherung.

Ein Dritter kann z. B. eine private oder gesetzliche Krankenversicherung, ein anderer gesetzlicher Leistungsträger (z. B. gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung) oder anderweitige Versicherungsgesellschaften sein.

Wenn Sie den Versicherungsfall zuerst uns melden, treten wir in Vorleistung. Dann wenden wir uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer.

Teil B – Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen darüber, was bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten ist und welche Folgen die Verletzung dieser Pflichten (Obliegenheiten) hat.

1. Pflichten in Zusammenhang mit der Beitragszahlung

1.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste oder einmalige Beitrag muss unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins gezahlt werden. Allerdings nicht vor dem mit Ihnen im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungsbeginn.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

1.2 Was passiert, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, finden die Bestimmungen des § 37 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Das bedeutet, dass wir vom Vertrag zurücktreten können.

1.3 Was passiert, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, finden die Bestimmungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz Anwendung. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen.

1.4 Beiträge

(1) Beitragsanpassungen

Die Beitragshöhe für Einzelpersonen und Familien ist in Beitragsstufen eingeteilt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person(en). Gemäß den tariflichen Vereinbarungen werden altersbedingte Beitragsanpassungen durchgeführt.

Dies erfolgt jeweils zur Beitragsfälligkeit. Eine gesonderte Mitteilung erfolgt hierbei nicht.

(2) Kündigungsmöglichkeit

Bei Änderung der Beitragshöhe können Sie innerhalb von einem Monat nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen.

2. Pflichten (Obliegenheiten)

Die versicherte Person ist verpflichtet, alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

2.1 Welche Pflichten (Obliegenheiten) müssen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?

Nach Eintritt des Schadenfalls müssen Sie:

- auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, zu unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich ist;
- auf unser Verlangen die Einholung von erforderlichen Auskünften durch uns möglich machen. Hierzu müssen Sie uns ermächtigen, jederzeit Auskünfte einholen zu dürfen. Diese beziehen sich auf frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen. Dies gilt auch für beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen;
- Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Chiroprapeuten, Osteopathen, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter von ihrer Schweigepflicht befreien. Diese müssen Sie ebenfalls zur Erteilung aller erforderlichen Auskünfte an uns ermächtigen;
- sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

(1) Vollständiger Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistung
Sie verlieren Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung in folgenden Fällen:

- wenn Sie vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben machen;
- wenn Sie vorsätzlich die von uns verlangten Belege nicht zur Verfügung stellen;
- sonstige Pflichten verletzen.

Bei arglistiger Verletzung der Pflichten (Obliegenheiten) sind wir leistungsfrei.

Wir werden Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hinweisen.

(2) Teilweiser Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistung
Sie verlieren Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung zumindest teilweise in folgenden Fällen:

- wenn Sie gegen Ihre Pflichten grob fahrlässig verstoßen, können wir unsere Leistungen 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.

Auch wenn die versicherte Person die vertraglichen Obliegenheiten verletzt, müssen wir weiterhin leisten. Dies gilt dann, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war.

Wir werden Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hinweisen.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Wenn Sie Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte haben, müssen Sie diese Ansprüche an uns schriftlich abtreten. Und zwar bis zur Höhe, in der aus dem Vertrag Kostenersatz geleistet wird. Der gesetzliche Forderungsübergang gemäß § 86 Versicherungsvertragsgesetzes bleibt davon unbeschadet.

Sie müssen Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Bei dessen Durchsetzung durch uns müssen Sie soweit erforderlich mitwirken. Können wir aufgrund Ihrer vorsätzlichen Pflichtverletzung, keinen Ersatz von Dritten erlangen, sind wir leistungsfrei.

Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir zu einer Kürzung der Leistung berechtigt. Diese muss der Schwere Ihres Verschuldens angemessen sein. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

Soweit Sie von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der Ihnen entstandenen Kosten erhalten haben, dürfen wir den Ersatz auf unsere Leistungen anrechnen.

Teil C – Allgemeine Regelungen

Hier finden Sie Regelungen zum Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Begriffsdefinitionen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Vertrages.

1. Der Versicherungsvertrag

(1) Vertragsgegenstand

Sie können diese Versicherung für eine einzelne Person oder als Familienversicherung abschließen. Als Familie gelten maximal 2 Erwachsene (Ehepartner/Lebensgefährte) und mindestens ein, maximal jedoch bis zu 5 unterhaltsberechtigter Kinder. Die unterhaltsberechtigten Kinder sind bis zum Ende der Ausbildung, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mitversichert. Für die bisher mitversicherten Kinder ist dann ein eigenständiger Versicherungsschutz zu beantragen.

Ebenso gelten als Familie Paare. Hierunter fallen Ehepartner oder Lebensgefährten, die in häuslicher Gemeinschaft leben.

Versicherungsschutz besteht für die mitversicherten Personen, auch wenn sie allein reisen.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus:

- dem Versicherungsschein;
- dem Antrag, auch Onlineantrag;
- besonderen schriftlichen Vereinbarungen bzw. besonderen Bedingungen;
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- sowie den in der Bundesrepublik Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Vertrages sind.

Wir betreiben diese Versicherung in der Form der Schadenversicherung gegen feste Prämie.

(2) Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg

(3) Willenserklärungen

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform uns gegenüber abgeben. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht berechtigt.

(4) Forderungsaufrechnung und Übertragung vertraglicher Ansprüche auf Dritte

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt, den wir mit Ihnen vereinbart haben (Versicherungsbeginn). Allerdings nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Zahlung des Beitrages.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, gilt der Beitrag mit Zugang des SEPA-Lastschriftmandats bei uns als gezahlt. Dies sofern die SEPA-Lastschrift beim Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird.

Wird die Zahlung per Kreditkarte erteilt, gilt der Beitrag mit positiver Autorisierung des Kreditkartenunternehmens als gezahlt.

Erfolgt die Zahlung über andere Zahlungswege, gilt der Beitrag mit positiver Autorisierung bzw. Zahlungseingang bei uns als gezahlt. Andere Zahlungswege sind beispielsweise PayPal und Sofort-Überweisung.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

3. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsverhältnisses oder mit Beendigung des Rücktransportes gemäß Teil A Ziffer 1.2.3 (6). Der Versicherungsschutz endet spätestens mit dem Ablauf der ersten 56 Tage der versicherten Reise. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

Ist die Rückreise innerhalb des Zeitraums, für den Versicherungsschutz besteht, aus medizinischen Gründen nicht möglich, so verlängert sich die Leistungsdauer. Dies solange bis die versicherte Person die Rückreise medizinisch vertretbar antreten kann.

4. Abschluss und Ende des Vertrages

Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Antritt einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst mit Antritt einer neuen Auslandsreise.

Der Versicherungsvertrag gilt für die im Versicherungsschein vereinbarte Dauer.

Sofern eine automatische Verlängerung des Versicherungsvertrages vereinbart ist, verlängert sich der Versicherungsvertrag um jeweils ein Jahr. Außer, wenn Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist. Der Versicherungsbeitrag zum Zeitpunkt der Verlängerung richtet sich nach unserem jeweils gültigen Tarif für die Auslandsreisekrankenversicherung.

Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgegeben werden.

Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus unserem Tätigkeitsgebiet, außer es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen.

5. Kündigung des Vertrages im Schadensfall

Nach Eintritt eines versicherten Schadenfalles können Sie und wir den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erklärt werden und spätestens einen Monat nach Leistung zugegangen sein. Oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils. Wir müssen eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten; die Kündigung wird in keinem Falle vor Beendigung der laufenden Reise wirksam. Kündigen Sie, können Sie bestimmen, dass ihre Kündigung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird. Spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode.

6. Zuständiges Gericht

Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Oder, in Ermangelung eines solchen, an dem Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes.

Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Oder, in Ermangelung eines solchen, an dem Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Assistance Leistungen (AVB-AL 01/2017)

Inhaltsverzeichnis

Teil A – Leistungen

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang
2. Leistungsausschlüsse

Teil B – Ihre Pflichten

1. Welche Pflichten (Obliegenheiten) müssen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten?
2. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?
3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Teil C – Allgemeine Regelungen

1. Der Versicherungsvertrag
2. Zuständiges Gericht

Teil A – Leistungen

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

- 1.1 Wo erhalten Sie die Leistungen?

Für die unter Ziffer 1.3 genannten Leistungen stehen wir Ihnen rund um die Uhr telefonisch zur Verfügung. Die Rufnummer lautet:

+49 (0) 931 / 27 95 255

- 1.2 Wer kann die Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen?

Die Assistance-Leistungen werden nur im Zusammenhang mit einer bestehenden Auslandsreisekrankenversicherung gemäß AVB-AR 01/2017 von uns angeboten. Wenn Sie eine solche Versicherung bei uns abgeschlossen haben, können Sie und alle versicherten Personen nachfolgende Leistungen in Anspruch nehmen.

- 1.3 Leistungsumfang

Wir bieten Ihnen folgende Leistungen:

- (1) Informationsleistungen:

Wir vermitteln Ihnen Informationen über Ihr Urlaubsland zu folgenden Themen:

- Visa- und Zollbestimmungen
- Klimaverhältnisse
- Devisenbestimmungen
- Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland
- Krankenhäuser
- Impfvorschriften/-empfehlungen

- (2) Organisations- und Vermittlungsleistungen:

Wir unterstützen Sie im Versicherungsfall bei folgenden Themen:

- Vermittlung ärztlicher Betreuung:
Sollten Sie auf einer Reise im Ausland erkranken, informieren wir Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Dies erfolgt auf Ihren Wunsch hin. Soweit es erforderlich ist, stellen wir auch den Kontakt zwischen Ihrem Hausarzt und Ihrem behandelndem Arzt im Ausland her. Wir tragen die hierdurch entstehenden Kosten.
- Organisation medizinischer Hilfsleistungen;

- Übermittlung von Nachrichten an Ihre Familie oder Firma, wenn Sie im Ausland erkranken;
- Abgabe von Kostenübernahmeerklärungen vor Ort (Krankenrücktransport, Reise- und Überführungskosten u.a.).

2. Leistungsausschlüsse

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn

- der Schadenfall durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder durch aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht wurde. Kriegsereignisse sind dann vorhersehbar, wenn eine Warnung des Auswärtigen Amtes vor Reiseantritt ausgesprochen wurde;
- der Schadenfall vorsätzlich herbeigeführt wurde.

Teil B – Ihre Pflichten

1. Welche Pflichten (Obliegenheiten) müssen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

- 1.1 Pflichten zur Aufklärung, Auskunft und zur Beschaffung von Belegen

Nach Eintritt des Schadenfalls müssen Sie, ergänzend zu den Obliegenheiten in den AVB-AR 01/2017 Teil B Ziffer 2.1:

- sich mit uns über den Leistungsumfang abzustimmen;
- den Schaden so gering wie möglich zu halten und unsere Weisungen zu befolgen;
- uns jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe des Schadens sowie über den Umfang unserer Entschädigungspflicht zu gestatten;
- Originalbelege zum Nachweis der Schadenhöhe vorlegen.

2. Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

- (1) Vollständiger Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistung
Sie verlieren Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung in folgenden Fällen:

- wenn Sie vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben machen;
- wenn Sie vorsätzlich die von uns verlangten Belege nicht zur Verfügung stellen;
- wenn Sie gegen sonstige Pflichten verstoßen.

Bei arglistiger Verletzung Ihrer Pflichten sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

Wir werden Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hinweisen.

- (2) Teilweiser Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistung
Sie verlieren Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung zumindest teilweise in folgenden Fällen:

- wenn Sie gegen Ihre Pflichten grob fahrlässig verstoßen, können wir unsere Leistungen im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen.

Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Auch wenn Sie die vertraglichen Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, müssen wir leisten. Dies gilt dann, wenn Sie nachweisen, dass Ihre vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Obliegenheiten nicht ursächlich für die Feststellung des Versicherungsfalls oder den Umfang der Leistungspflicht war.

Wir werden Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hinweisen.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Wenn Sie Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte haben, müssen Sie diese Ansprüche an uns schriftlich abtreten. Und zwar bis zur Höhe, in der aus dem Vertrag Kostenersatz geleistet wird. Der gesetzliche Forderungsübergang gemäß § 86 Versicherungsvertragsgesetzes bleibt davon unbeschadet.

Sie müssen Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Bei dessen Durchsetzung durch uns müssen Sie soweit erforderlich mitwirken. Können wir aufgrund Ihrer vorsätzlichen Pflichtverletzung keinen Ersatz von Dritten erlangen, sind wir insoweit leistungsfrei.

Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir zu einer Kürzung der Leistung berechtigt. Diese muss der Schwere Ihres Verschuldens angemessen sein. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

Soweit Sie von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der Ihnen entstandenen Kosten erhalten haben, dürfen wir den Ersatz auf unsere Leistungen anrechnen.

Teil C – Allgemeine Regelungen

1. Der Versicherungsvertrag

(1) Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg.

(2) Willenserklärungen

Willenserklärungen und Anzeigen müssen Sie in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) uns gegenüber abgeben. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht berechtigt.

(3) Forderungsaufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

2. Zuständiges Gericht

Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Oder, in Ermangelung eines solchen, an dem Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes.

Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Oder, in Ermangelung eines solchen, an dem Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die Würzburger Versicherungs-AG, insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogener Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten personenbezogener Daten (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, wenn Sie zuvor hierzu ausdrücklich einwilligen.

Mit den nachfolgenden Einwilligungen ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Würzburger Versicherungs-AG.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG, denen der Versicherer (oder ein Rückversicherer) Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch den für mich zuständigen Vermittler.

III. Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Würzburger Versicherungs-AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- 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 beziffert 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.