

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.concordia.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen www.concordia.de/datenschutz. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an den **Betrieblichen Datenschutzbeauftragten der Concordia Versicherungen**. Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie ebenfalls geltend machen beim **Betrieblichen Datenschutzbeauftragten der Concordia Versicherungen**, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, 0511 / 5701-1539, datenschutz@concordia.de.

Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Concordia Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

KV0000001

KV-7-2017-05 2/2

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnehmer/-in



Versicherungsschein-Nummer

oder beiliegendem Versicherungs-Antrag

und für alle weiteren Versicherungsschein-Nummern

An
Concordia Versicherungen
30621 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers):

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es besteht keine rechtliche Verpflichtung zur Annahme des SEPA-Lastschriftmandats. Die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. ist berechtigt, die Ausführung abzulehnen bzw. einzustellen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung teile ich/teilen wir Änderungen meiner/unserer Adresse der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. mit.

ZI88888888

IBAN Kontoinhaber/-in

BIC

Name des Kreditinstituts

Name und Anschrift Kontoinhaber/-in (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/-in):

- Herr
- Frau
- Firma

Vorname

Name

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Wohnort/Ortsteil

Land

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in

ZI-666-2017-07

Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF

Die Familienauslandsreise-Krankenversicherung der Concordia Krankenversicherungs-AG

Mit unserer Familienauslandsreise-Krankenversicherung haben Sie eine gute Wahl getroffen. Sie und Ihre Familienangehörigen können in jedem Versicherungsjahr so oft verreisen, wie Sie möchten. Bei jeder Reise – egal, ob sie privat oder beruflich bedingt ist – sind Sie für eine Dauer von bis zu 6 Wochen versichert. Die mitversicherten Personen sind auch dann versichert, wenn sie allein verreisen.

Insbesondere, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise krank wird oder einen Unfall erleidet, erstatten wir die entstehenden Kosten für

- medizinisch notwendige ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen,
- medizinisch notwendige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie
- einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf den folgenden Seiten beschreiben wir umfassend, welche Kosten wir Ihnen in diesen Fällen erstatten. Dort lesen Sie auch, was der Tarif AKF darüber hinaus leistet.

Bitte beachten Sie auch die Bestimmungen in § 4. Hier ist geregelt, wann wir nicht oder nur eingeschränkt leisten.

Günstiger Beitrag

Sofern das älteste versicherte Familienmitglied nicht älter als 64 Jahre ist, kostet Sie das Plus für die ganze Familie für ein Versicherungsjahr 30,00 €. Sofern das älteste versicherte Familienmitglied älter als 64 Jahre ist, kostet Sie das Plus für die ganze Familie für ein Versicherungsjahr 75,00 €.

Wenn das älteste versicherte Familienmitglied 65 Jahre alt wird, erhöht sich der Beitrag ab dem folgenden Versicherungsjahr. Diesen buchen wir automatisch zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres ab.

...und nach einem Jahr?

Falls Sie die Laufzeit Ihrer Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben, läuft sie jährlich automatisch weiter, wenn sie nicht durch Kündigung, Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland oder Tod beendet wird. Sie brauchen sich dann also um nichts mehr zu kümmern, wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen im nächsten Jahr wieder eine oder mehrere Auslandsreisen planen.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie im Ausland krank werden?

Bitte bezahlen Sie die Rechnungen vor Ort zunächst selbst und achten Sie darauf, dass die Rechnungen folgende Daten enthalten:

- Name und Geburtsdatum der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit und
- Angabe der einzelnen Leistungen sowie der einzelnen Daten Ihrer Behandlung.

Bei Behandlungen im Krankenhaus muss die Rechnung zudem die Daten der Aufnahme und der Entlassung enthalten.

Wichtiger Hinweis, wenn Sie noch eine weitere Versicherung haben

Haben Sie noch eine weitere Krankenversicherung, z.B. im Rahmen Ihrer Kreditkarte? Oder sind Sie Mitglied in einem Verband, einem Verein oder einem Automobilclub, z.B. ADAC, ACE oder AvD, der im Rahmen der Mitgliedschaft im Ausland Leistungen oder Hilfen erbringt, wenn Sie krank werden oder einen Unfall erleiden? Dann bitten wir Sie, die Rechnung zunächst dort einzureichen, denn diese Ansprüche gehen unseren Leistungsverpflichtungen vor. Genaueres dazu lesen Sie bitte in § 5.

Wie funktioniert die Abrechnung mit uns?

Bitte schicken Sie nach Ihrer Rückkehr Ihre Rechnungen an folgende Adresse:

Concordia Krankenversicherungs-AG
30621 Hannover

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsscheinnummer an. Diese finden Sie auf Ihrem Bestätigungsschreiben.

Müssen Sie im Ausland **stationär behandelt** oder aus dem Ausland **zurücktransportiert** werden, rufen Sie bitte unsere Assistance-Hotline an. Fachkundige Mitarbeiter und Ärzte helfen Ihnen, alles Erforderliche zu organisieren. Die Hotline ist Tag und Nacht besetzt.

Telefon: +49 (0)511/5701-2400

Bei Fragen zum Inhalt Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung wenden Sie sich bitte an unser Servicetelefon

Telefon: +49 (0)511/5701-1188
Telefax: +49 (0)511/5701-1141.

Bei Fragen im Leistungsfall wenden Sie sich bitte an unseren Leistungsbereich

Telefon: +49 (0)511/5701-1646
Telefax: +49 (0)511/5701-1905.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF (AVB/AKF 2016)

	Seite
§ 1 Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?	4
(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?	4
(2) Was ist versichert?	4
(3) Was ist ein Versicherungsfall?	4
(4) Welche Reisen sind versichert?	4
(5) Wie lange sind Sie versichert?	4
(6) Wer kann sich versichern?	4
(7) Was sind die Grundlagen Ihres Vertrages?	4
§ 2 Wie schließen Sie diese Versicherung ab und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	4
§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	5
(1) Unter welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?	5
(2) Für welche Methoden leisten wir, wenn die versicherte Person untersucht und behandelt werden muss?	5
(3) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person ambulant behandelt werden muss?	5
(4) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stationär behandelt werden muss?	5
(5) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zahnärztlich behandelt werden muss?	5
(6) Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?	5
(7) Was erstatten wir für Heilmittel?	5
(8) Was erstatten wir für Hilfsmittel?	5
(9) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person schwanger ist?	5
(10) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss?	6
(11) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stirbt?	6
(12) Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?	6
(13) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?	6
(14) Welche Assistance-Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	6
§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	6
(1) In welchen Fällen leisten wir nicht?	6
(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	7
§ 5 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?	7
§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?	7
(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir Ihnen die Leistungen erstatten können?	7
(2) An wen zahlen wir die Leistungen aus?	7
(3) Welche Kosten können wir von den Leistungen abziehen?	7
§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
(1) Was kostet die Versicherung?	8
(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
§ 8 Wann endet die Versicherung und wann endet Ihr Versicherungsschutz?	8
§ 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag und wie kann er gekündigt werden?	8

§ 10 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	8
(1) Welche Pflichten sind zu beachten?	8
(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	8
(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?	9
§ 11 Wann können wir die Bedingungen und die Beiträge dieser Versicherung ändern?	9
§ 12 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	9
§ 13 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	9
§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	9
(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?	9
(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?	9
(3) Wo können wir eine Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?	9
Anhang	10

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF (AVB/AKF 2016)

§ 1 Welchen Versicherungsschutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Concordia Krankenversicherungs-AG mit Sitz in Hannover.

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.

Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig versicherte Person. Ihre Familienangehörigen bezeichnen wir ebenfalls als versicherte Personen.

Die Versicherung nach Tarif AKF ist eine Familienauslandsreise-Krankenversicherung gegen festen Beitrag.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall.

Ist der Versicherungsfall bereits im Inland eingetreten, erstatten wir die versicherten Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland, wenn

- sich die Erkrankung während der Auslandsreise verschlechtert hat und
- die Heilbehandlung vor Beginn der planmäßigen Rückreise erforderlich ist.

(3) Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Bei Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten sowie medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss. Verstirbt die versicherte Person, liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor.

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln, die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- oder Sportunfälle.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie bitte in § 3. Bitte lesen Sie auch § 4 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht oder nur eingeschränkt leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

(4) Welche Reisen sind versichert?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Reisen im Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort hat. Das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

(5) Wie lange sind Sie versichert?

Versicherungsschutz besteht für alle Reisen bis zu jeweils 6 Wochen. Dauert eine Reise länger, besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 6 Wochen. Wenn das Versicherungsjahr während Ihrer Reise endet, dann besteht der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn Ihre Versicherung nicht endet. Der Versicherungsschutz verlängert sich, wenn die

versicherte Person nach 6 Wochen nicht zurückreisen kann, weil sie reise- oder transportunfähig ist. Die genaue Regelung finden Sie bitte in § 8.

Reiseunfähig bedeutet, dass die versicherte Person so krank oder verletzt ist, dass sie nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann. Sie kann aber z.B. in einem intensivmedizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel befördert werden. Transportunfähig bedeutet, dass die versicherte Person so krank oder verletzt ist, dass sie selbst in einem intensivmedizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel nicht transportiert werden darf.

(6) Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Familienangehörige sind Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten sowie deren minderjährigen leiblichen Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder. Alle Familienangehörigen müssen namentlich in der Anmeldung benannt sein und in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wir können je Vertrag in diesem Tarif höchstens 2 Erwachsene versichern.

Die Familienangehörigen sind auch dann versichert, wenn sie allein verreisen.

(7) Was sind die Grundlagen Ihres Vertrages?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Der Vertrag unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Wie schließen Sie diese Versicherung ab und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Den Versicherungsvertrag müssen Sie vor Antritt der Reise abschließen. Schließen Sie den Vertrag im Ausland ab, besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.

Wenn Sie den Versicherungsvertrag auf dem von der Concordia Krankenversicherungs-AG vorgesehenen und gültigen Anmeldeformular abgeschlossen und das Lastschriftverfahren vereinbart haben, dann kommt der Versicherungsvertrag bereits an dem Tag zustande, an dem Sie das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular versandt haben (Datum des Poststempels). Dies setzt voraus, dass das Anmeldeformular bei der Concordia Krankenversicherungs-AG eingegangen ist. Als Versicherungsschein gilt das Anmeldeformular.

Wenn der Versicherungsvertrag im elektronischen Geschäftsverkehr nach § 312i Abs. 1 Satz 1 BGB zustande kommt (z.B. durch Abschluss des Versicherungsvertrages im Internet), dann kommt der Versicherungsvertrag mit der erfolgreichen Übermittlung der Anmeldung zum Versicherungsschutz an die Concordia Krankenversicherungs-AG zustande. Die Anmeldung zum Versicherungsschutz gilt als Versicherungsschein, den wir Ihnen an die angegebene E-Mail-Adresse zustellen, nachdem Sie die Anmeldung versandt haben.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, den Sie als Versicherungsbeginn angegeben haben. Er beginnt jedoch nicht

- bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben,
- bevor Sie den Erstbeitrag gezahlt haben und
- bevor Sie sich im Ausland befinden.

Sie haben selbst bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungsschutz, wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag nicht durchgeführt hätte, weil das Konto nicht gedeckt war.

Bringt eine versicherte Person während der Auslandsreise ein Kind zur Welt, beginnt dessen Versicherung ab Geburt, wenn

- am Tag der Geburt ein Elternteil in diesem Tarif versichert ist und
- Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend im Tarif AKF anmelden.

In diesem Fall beginnt die Versicherung während des Aufenthaltes im Ausland.

Wenn Sie ein minderjähriges Kind adoptieren, stellen wir dies der Geburt eines Kindes gleich.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

(1) Unter welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Freie Arztwahl

Die versicherte Person kann unter den folgenden, im Reise-land gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen Personen, die wir als Leistungserbringer bezeichnen, frei wählen:

- Ärzten,
- Zahnärzten,
- Heilpraktikern,
- Chiropraktikern und
- Osteopathen (sofern ärztlich verordnet).

Freie Krankenhauswahl

Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung kann die versicherte Person unter den Krankenhäusern frei wählen, die im Reiseland allgemein als Krankenhaus anerkannt sind und

- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen sowie
- Krankengeschichten führen.

(2) Für welche Methoden leisten wir, wenn die versicherte Person untersucht und behandelt werden muss?

Muss die versicherte Person untersucht und behandelt werden, leisten wir für Methoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben, z.B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerzbehandlung, Chiropraktik und therapeutische Lokalanästhesie oder
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewandt hätte.

(3) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person ambulant behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik,
- den medizinisch notwendigen Transport im Notfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und
- den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

(4) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stationär behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung einschließlich sonstiger medizinisch notwendiger Leistungen,

- medizinisch notwendige Operationen und Operationsnebenkosten,
- Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zwar auch dann, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt,
- den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zwar auch dann, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt sowie
- die Unterbringung einer weiteren Person im Krankenhaus, wenn die versicherte Person minderjährig ist.

(5) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zahnärztlich behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- medizinisch notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung,
- die Anfertigung von Provisorien sowie
- medizinisch notwendige Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen), Zahnersatz und Provisorien, die dazu dienen, die Kaufähigkeit der versicherten Person wiederherzustellen.

Für Neuanfertigungen von Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlungen leisten wir nicht.

(6) Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Arznei- und Verbandmittel, wenn diese von einem der Leistungserbringer verordnet wurden. Das Rezept ist mit vorzulegen. Arzneimittel muss die versicherte Person aus der Apotheke beziehen.

Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate. Dies gilt auch, wenn diese von den aufgeführten Leistungserbringern verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten. Bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose gelten jedoch als Arzneimittel.

(7) Was erstatten wir für Heilmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige

- Inhalationen,
 - Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
 - Massagen,
 - Bäder und medizinische Packungen,
 - Wärmebehandlung,
 - Elektrotherapie,
 - Lichttherapie,
 - Strahlenbehandlung sowie
 - sonstige physikalische Behandlungen,
- wenn diese von einem der Leistungserbringer verordnet wurden.

(8) Was erstatten wir für Hilfsmittel?

Wir erstatten die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung für die Dauer der versicherten Reise, wenn

- sie von einem Arzt verordnet wurden und
- auf der versicherten Reise erstmals medizinisch notwendig werden.

Können Hilfsmittel geliehen werden, erstatten wir die Leihgebühren für die Dauer des Aufenthaltes im Ausland. Sehhilfen und Hörgeräte erstatten wir nicht.

(9) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person schwanger ist?

Wir erstatten die Kosten, wenn die versicherte Person

- wegen Schwangerschaftskomplikationen von einem Arzt untersucht und/oder behandelt werden muss,

- eine Fehlgeburt erleidet,
- vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche entbindet oder
- die Schwangerschaft aus medizinischen Gründen abbrechen muss.

(10) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss?

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung der versicherten Person vom Reiseland zurück in die Bundesrepublik Deutschland, wenn sie krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass sie deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder
- in das vom Wohnsitz aus nächst erreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport, wenn

- dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder
- die versicherte Person so schwer erkrankt ist, dass sie länger als zwei Wochen im Ausland stationär behandelt werden müsste oder
- die Kosten des Rücktransports günstiger sind als die erstattungsfähigen Kosten der weiteren Heilbehandlung.

Wird die versicherte Person beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, übernehmen wir die Kosten für eine Begleitperson, wenn

- für die Begleitperson zum Zeitpunkt des Rücktransports bei uns ebenfalls Versicherungsschutz für Rücktransport besteht und
- die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

(11) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person stirbt?

Wir erstatten die notwendigen Kosten, um den Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zu überführen.

Alternativ erstatten wir die Kosten, um den Verstorbenen im Reiseland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

(12) Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Müssen mitreisende minderjährige leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder im Ausland betreut werden, erstatten wir die notwendigen Kosten der Notfallbetreuung vor Ort, wenn

- die versicherte Person die Kinder nicht betreuen kann, weil sie sich aus medizinisch notwendigen Gründen im Krankenhaus befindet, zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und
- kein anderer Mitreisender die Kinder betreuen kann und
- die Kinder in diesem Vertrag oder in einem anderen Vertrag bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen AKF oder AKE versichert sind.

Ist die versicherte Person verstorben oder wurde sie in die Bundesrepublik Deutschland zurücktransportiert, übernehmen wir die Kosten solange, bis die Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zurückkehren, längstens für 4 Wochen. Pro Tag erstatten wir die Kosten höchstens bis zu dem Betrag, den eine Person am Tag durchschnittlich in dem jeweiligen Reiseland brutto verdient.

(13) Was erstatten wir, wenn die versicherte Person gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?

Wir erstatten die Kosten insgesamt bis zu 5.000 €, wenn die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder Tod gesucht, gerettet oder geborgen werden muss.

(14) Welche Assistance-Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Wir bieten im Versicherungsfall einen 24-stündigen Notrufservice unter der Telefonnummer

+ 49 (0)511/5701-2400

mit folgenden Assistance-Leistungen an:

- Sie erhalten Auskunft zu Ärzten, Arzneimitteln und Kliniken im Ausland,
- wir stellen Kontakt zum Hausarzt her,
- wir erklären die Übernahme der erstattungsfähigen Kosten gegenüber dem Krankenhaus im Ausland,
- wir prüfen die Flugtauglichkeit,
- wir organisieren den Rücktransport oder die Überführung bzw. Bestattung,
- wir führen Arzt-zu-Arzt-Gespräche, um die Diagnosen zu klären und
- wir informieren die Angehörigen und/oder den Arbeitgeber.

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

- wenn die versicherte Person krank ist oder an den Folgen eines Unfalls leidet und deshalb zur Behandlung ins Ausland reist;
- für die Behandlungen und Untersuchungen, von denen schon vor der Reise durch eine ärztliche Diagnose feststeht, dass die versicherte Person sie während der Reise durchführen muss;

das gilt nicht, wenn die versicherte Person die Reise antritt,

- weil der Ehepartner, der Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebensgefährte oder ein Verwandter ersten Grades gestorben ist und
- die Reise aufgrund der Beerdigung oder der Überführung notwendig ist.

Ist der Versicherungsfall eingetreten, bevor die versicherte Person die Reise antritt, erstatten wir die Kosten, die entstehen, weil sich die Erkrankung, die vor Reiseantritt bereits bestand, während der Reise verschlechtert und deshalb eine darüber hinausgehende Heilbehandlung erforderlich ist.

- wenn die versicherte Person verletzt ist oder stirbt, weil sie an Unruhen aktiv beteiligt war;
- wenn die versicherte Person durch Kriegereignisse verletzt wird oder stirbt;

wir leisten aber, wenn

- das Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
- eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn die versicherte Person schon dort ist und
 - sie das Gebiet unverzüglich, d.h. so schnell wie möglich, verlässt oder
 - schuldlos daran gehindert wird, das Gebiet zu verlassen. Das könnte z.B. eintreten, wenn der versicherten Person Lebensgefahr dadurch droht, dass sie das Gebiet verlässt.

- wenn die versicherte Person Berufssportler ist und sich verletzt, während sie an einem Wettkampf aktiv teilnimmt;
- wenn die versicherte Person vorsätzlich einen Unfall oder eine Krankheit einschließlich Selbstmord bzw. Selbstmordversuch herbeiführt;

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.
- wenn die versicherte Person aufgrund einer Sucht, z.B. Alkohol, Drogen etc., Entgiftungs-, Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen durchführen lässt;
- wenn die Behandlungen oder Leistungen nicht unmittelbar notwendig sind, um Krankheiten zu heilen oder zu lindern;

dazu gehören insbesondere

- die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien,
- ärztliche Gutachten und Atteste sowie
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung. Notfalltransporte zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt einschließlich des gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransports erstatten wir.
- wenn die versicherte Person durch Ehepartner, Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder behandelt wird; wir erstatten aber die versicherten Sachkosten, die Sie uns nachweisen;
- wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist oder sich in Verwahrung befindet und deshalb behandelt oder untergebracht werden muss;
Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.
- wenn die versicherte Person mit Hypnose oder psychoanalytisch und/oder psychotherapeutisch behandelt wird und
- wenn die versicherte Person in Sanatorien behandelt wird oder Maßnahmen zur Rehabilitation und Kuren durchführt.

(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Es werden die Verhältnisse im jeweiligen Reisegebiet zugrunde gelegt.

§ 5 Was geschieht, wenn mehrere Versicherte beteiligt sind?

Möglicherweise haben Sie den Krankenversicherungsschutz für Auslandsreisen auch bei anderen Versicherern abgesichert. Das kann z.B. die gesetzliche Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche gegen andere Versicherer, sind diese vorrangig. Dies gilt unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde und auch dann, wenn in dem anderen Versicherungsvertrag bzw. Versicherungsverhältnis ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist.

Im Leistungsfall stehen Ihnen dann insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Leistungsfall melden.

Wenn Sie bereits Leistungen von einem anderen Versicherer erhalten haben, erstatten wir nur die Kosten, die trotz der Leistungen der anderen Versicherer notwendig bleiben.

Wenn Sie den Leistungsfall zuerst bei uns melden, treten wir in Vorleistung und erstatten Ihnen die Kosten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir uns an die anderen Versicherer wenden, um die Kostenteilung zu klären. Weitere Informationen darüber lesen Sie bitte in § 10 (3).

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir Ihnen die Leistungen erstatten können?

Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie uns die Rechnungsurschriften und die erforderlichen Nachweise – dazu gehören auch Zahlungsnachweise (Bankbelege, Kreditkartenbelege etc.) und Reisezeitraumbestätigungen – vorlegen. Solange Sie diese nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen benötigen wir im Original.

Die **Rechnungen** müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnosen),
- die Angaben der einzelnen Leistungen des Leistungserbringers sowie
- die Daten der Behandlung.

Aus den **Rezepten** müssen wir erkennen können:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- um welches verordnete Medikament es sich handelt,
- was es kostet und
- dass und wann es in der Apotheke bezahlt wurde.

Bei **Zahnbehandlungen** müssen aus den Belegen folgende Informationen hervorgehen:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- welche Zähne behandelt wurden,
- welche Behandlungen vorgenommen wurden und
- wann die Behandlungen erfolgt sind.

Bei **Behandlungen im Krankenhaus** benötigen wir folgende Informationen:

- den Namen und die Anschrift des Krankenhauses,
- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnosen),
- die Angaben der einzelnen Leistungen sowie
- das Aufnahme- und Entlassungsdatum.

Bei einer **Überführung oder Bestattung** im Ausland benötigen wir folgende Dokumente:

- die Kostenbelege,
- eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache sowie
- eine amtliche Sterbeurkunde.

Falls Sie noch eine weitere Versicherung haben, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden. Für diese gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“ nach dem jeweils neuesten Stand. Wir beziehen uns hierbei auf die Veröffentlichung der Deutschen Bundesbank mit Sitz in Frankfurt/Main. Diese Regelung gilt nicht,

- wenn Sie die Devisen für diese Reise teurer erworben haben und
- Sie uns dies durch Bankbelege nachweisen.

(2) An wen zahlen wir die Leistungen aus?

Wir zahlen die Leistungen an Sie aus. Möchten Sie, dass wir die Leistungen an eine versicherte Person auszahlen, müssen Sie uns dies in Textform, z.B. per Fax oder E-Mail, mitteilen.

Sie können die Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

(3) Welche Kosten können wir von den Leistungen abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen in das Ausland oder
- für besondere Überweisungsformen, die Sie oder die versicherte Person veranlasst haben.

§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Was kostet die Versicherung?

Die Versicherung kostet für die ganze Familie pro Versicherungsjahr 30,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied nicht älter als 64 Jahre ist.

Die Versicherung kostet für die ganze Familie pro Versicherungsjahr 75,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied älter als 64 Jahre ist.

Das Versicherungsjahr beträgt ein Jahr, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Als Alter gilt das tatsächliche Alter der versicherten Personen. Wird das älteste versicherte Familienmitglied 65 Jahre alt, so steigt der Beitrag für die ganze Familie ab dem folgenden Versicherungsjahr auf 75,00 €.

Wenn ein mitversichertes Kind 18 Jahre alt wird, stellen wir die Versicherung dieses Kindes ab dem folgenden Versicherungsjahr in eine Einzelversicherung zu dem dann aktuellen Tarif und Beitrag um. Sie bleiben weiterhin Versicherungsnehmer. Darüber informieren wir Sie rechtzeitig vor dem Umstellungszeitpunkt.

Wenn der Beitrag der versicherten Personen in einer Einzelversicherung für Sie günstiger ist, stellen wir Ihren Vertrag ab dem folgenden Versicherungsjahr in eine Einzelversicherung zu dem dann aktuellen Tarif und Beitrag um. Sie bleiben weiterhin Versicherungsnehmer. Darüber informieren wir Sie rechtzeitig vor dem Umstellungszeitpunkt.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Den ersten Beitrag buchen wir mit Fälligkeit unmittelbar nach Abschluss des Vertrages von Ihrem Konto ab. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben oder wenn Sie oder wir den Vertrag nicht kündigen, werden die weiteren Beiträge jeweils zu Beginn des neuen Versicherungsjahres fällig und abgebucht.

Wird eine versicherte Person 65 Jahre alt, erhöht sich der Beitrag für die ganze Familie. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres ab. Sie können den Vertrag zu Beginn des Versicherungsjahres kündigen. Kündigen Sie später als zwei Monate nach Beginn des Versicherungsjahres, ist die Kündigung nicht mehr wirksam.

Wird eine versicherte Person 18 Jahre alt, wird für diese Person der Beitrag für eine Einzelversicherung berechnet. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres ab. Sie können den Vertragsteil der betroffenen versicherten Person zu Beginn des Versicherungsjahres kündigen. Kündigen Sie später als zwei Monate nach Beginn des Versicherungsjahres, ist die Kündigung nicht mehr wirksam.

Wenn der Vertrag in eine Einzelversicherung umgestellt wird, wird für jede versicherte Person der Beitrag für eine Einzelversicherung berechnet. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres ab. Sie können den Vertrag zu Beginn des Versicherungsjahres kündigen. Kündigen Sie später als zwei Monate nach Beginn des Versicherungsjahres, ist die Kündigung nicht mehr wirksam.

§ 8 Wann endet die Versicherung und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag endet, wenn

- Sie die Laufzeit bei Abschluss Ihrer Versicherung von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben;
- Sie oder wir kündigen; weitere Informationen dazu lesen Sie bitte in § 9.
- Sie in der Bundesrepublik Deutschland keinen Wohnsitz mehr haben. Hat eine versicherte Person keinen Wohnsitz mehr in der Bundesrepublik Deutschland, endet deren Versicherung.

Nach Ihrem Tod können die versicherten Personen den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung. Die Leistungen nach § 3 (11) bleiben davon unberührt.

In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz, auch für laufende Versicherungsfälle:

- wenn der Vertrag endet oder
- wenn die versicherte Person 6 Wochen ununterbrochen im Ausland war oder
- bei einem Rücktransport mit der Ankunft am ständigen Wohnsitz bzw. der Aufnahme in ein Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland.

Bei der folgenden Ausnahme besteht weiterhin Versicherungsschutz, auch wenn der Vertrag endet oder die versicherte Person 6 Wochen ununterbrochen im Ausland war.

- Die versicherte Person kann nicht zurückreisen, weil sie reise- oder transportunfähig ist. Dann verlängert sich der Versicherungsschutz solange, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

Der Versicherungsschutz verlängert sich entsprechend für mitreisende minderjährige leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder, wenn die Kinder in diesem Vertrag oder in einem anderen Vertrag bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach den Tarifen AKE oder AKF versichert sind.

§ 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag und wie kann er gekündigt werden?

Sie schließen mit uns den Vertrag für ein Versicherungsjahr ab. Das Versicherungsjahr beträgt ein Jahr, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Concordia Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn weder Sie noch wir ihn in Textform kündigen. Beide Seiten können jeweils zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

Die gesetzlichen Kündigungsrechte bleiben unberührt.

§ 10 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können von Ihnen und der versicherten Person Folgendes verlangen:

- Sie und die versicherte Person müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir benötigen, um feststellen zu können,
 - ob ein Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Darüber hinaus müssen Sie und die versicherte Person uns die Befugnisse erteilen, diese Auskünfte einzuholen
 - bei Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Osteopathen und Chiropraktikern,
 - in Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten,
 - in Pflegeheimen und bei Pflegepersonen,
 - bei anderen Personenversicherern,
 - bei gesetzlichen Krankenkassen sowie
 - bei Berufsgenossenschaften und Behörden.

Diese müssen Sie und die versicherte Person dazu von ihrer Schweigepflicht entbinden.

- Die versicherte Person muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Sie müssen uns den Beginn und das Ende einer jeden Auslandsreise nachweisen.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder eine versicherte Person Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. Schadenersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte sein.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach § 86 VVG (siehe Anhang).

Sie müssen Ihre Ersatzansprüche wahren, indem Sie Form- und Fristvorschriften einhalten und uns bei Bedarf unterstützen, die Ansprüche durchzusetzen.

Können wir aufgrund Ihrer vorsätzlichen Pflichtverletzung keinen Ersatz von Dritten erlangen, sind wir leistungsfrei. Wenn Sie Ihre Pflichten grob fahrlässig verletzt haben, sind wir berechtigt, die Leistung zu kürzen. Die Kürzung der Leistung ist abhängig davon, wie schwer Ihr Verschulden ist. Sie müssen uns beweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben.

Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person rechnen wir Ihnen zu.

Grob fahrlässig handeln Sie, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße nicht beachten. Sie haben also nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

§ 11 Wann können wir die Bedingungen und die Beiträge dieser Versicherung ändern?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die in § 7 (1) aufgeführten Beiträge können wir zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres ändern. Dies müssen wir Ihnen zwei Monate vorher mitteilen.

Ändern wir die Beiträge oder die Bedingungen, dann können Sie die Versicherung zu Beginn des neuen Versicherungsjahres kündigen. Sie müssen innerhalb von zwei Monaten kündigen, nachdem Sie unsere

Mitteilung erhalten haben. Kündigen Sie nicht, tritt die Änderung in Kraft.

§ 12 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

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

§ 13 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen,

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir eine Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz

§ 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.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. 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) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Produktinformationsblatt für die Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF (AVB/AKF 2016)

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Familienauslandsreise-Krankenversicherung geben. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrer Anmeldung und aus eventuell mit Ihnen getroffenen besonderen Vereinbarungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Vorschriften. Wir empfehlen Ihnen deshalb, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an? Was sind die Grundlagen der Versicherung?

Es handelt sich um eine Familienauslandsreise-Krankenversicherung. Grundlage sind Ihre Angaben in der Anmeldung sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/AKF 2016).

2. Was ist versichert und was ist nicht versichert bzw. wann leisten wir nur eingeschränkt?

Wir erstatten die Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Bei Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten sowie medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen leisten wir ebenfalls. Verstirbt die versicherte Person, liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wir leisten nicht für die in § 4 (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Fälle, wie z.B. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war; Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten; Krankheiten, deren unfallbedingten Folgen und Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht worden sind; auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle; Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 4 (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 4 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, wann müssen Sie ihn bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Er beträgt 30,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied nicht älter als 64 Jahre ist bzw. 75,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied älter als 64 Jahre ist. Wird das älteste versicherte Familienmitglied 65 Jahre alt, so steigt der Beitrag für die ganze Familie ab dem folgenden Versicherungsjahr auf 75,00 €.

Den ersten Beitrag buchen wir mit Fälligkeit unmittelbar nach Abschluss des Vertrages von Ihrem Konto ab. Da wir die Familienauslandsreise-Krankenversicherung nur anbieten, wenn Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen, gilt der Beitrag bis zum Eingang der Lastschrift von Ihrem gedeckten Konto als gestundet. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben oder wenn Sie oder wir den Vertrag nicht kündigen, werden die weiteren Beiträge jeweils zu Beginn des neuen Versicherungsjahres fällig und abgebucht.

Können wir den Erstbeitrag aus Gründen, die Sie zu vertreten haben (z.B. mangelnde Kontodeckung, Widerspruch gegen die Abbuchung), nicht im Wege des Lastschriftverfahrens von Ihrem Konto abbuchen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Der Versicherungsschutz beginnt in diesem Fall erst dann, wenn der Erstbeitrag bei uns eingegangen ist. Können wir einen Folgebeitrag aus Gründen, die Sie zu vertreten haben, nicht von Ihrem Konto abbuchen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Wochen zu zahlen. Nach Ablauf dieser Zahlungsfrist verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. In diesem Fall können wir Ihren Vertrag kündigen.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 7 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie in den §§ 37 – 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

4. Was ist nicht versichert bzw. wann leisten wir nur eingeschränkt?

Wir leisten nicht für die in § 4 (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Fälle, wie z.B. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war; Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten; Krankheiten, deren unfallbedingten Folgen und Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht worden sind; auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle; Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 4 (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 4 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss und was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Damit Sie für Ihre Auslandsreise Versicherungsschutz erhalten, ist es notwendig, die Anmeldung zum Versicherungsschutz vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Das Anmeldeformular muss der Concordia Krankenversicherungs-AG vor Reiseantritt überlassen werden. Außerdem muss dem Anmeldeformular eine Ermächtigung zum Einzug des Versicherungsbeitrags mittels SEPA-Lastschriftmandat beigefügt sein. Liegen uns Ihre Anmeldung sowie das SEPA-Lastschriftmandat nicht ordnungsgemäß vor, kommt kein Versicherungsvertrag zustande.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit und was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn sich Ihr Name, Ihre Anschrift oder Ihre Bankverbindung ändert. Fehlende Informationen beeinträchtigen einen reibungslosen Vertragsverlauf.

7. Welche Pflichten haben Sie im Leistungsfall und was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wir können von Ihnen und der versicherten Person verlangen, dass Sie und die versicherte Person uns jede Auskunft erteilen, die wir benötigen, um feststellen zu können, ob ein Versicherungsfall vorliegt und ob und in welchem Umfang wir leisten.

Im Einzelfall kann auch eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt erforderlich werden.

Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegenüber Dritten, so müssen Sie diese bis zur Höhe der Leistung aus dieser Versicherung an uns abtreten. Sie müssen Ihre Ersatzansprüche wahren, indem Sie Form- und Fristvorschriften einhalten und uns bei Bedarf unterstützen, die Ansprüche durchzusetzen.

Kommen Sie diesen Pflichten nicht nach, können Sie Ihren Versicherungsschutz – in Abhängigkeit der Schwere Ihres Verschuldens – ganz oder teilweise verlieren.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages, nicht vor Erteilung der notwendigen Einzugsermächtigung mittels SEPA-Lastschriftmandat bzw. nicht vor Zahlung des Erstbeitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz endet auch für laufende Versicherungsfälle, wenn der Vertrag endet, wenn die versicherte Person 6 Wochen ununterbrochen im Ausland war sowie bei einem Rücktransport mit der Ankunft am ständigen Wohnsitz bzw. der Aufnahme in ein Krankenhaus in Deutschland.

Der Vertrag endet, wenn Sie oder wir diesen ordnungsgemäß gekündigt haben, der Versicherungsnehmer verstirbt oder wenn Sie keinen Wohnsitz mehr in Deutschland haben.

Kann die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht innerhalb von 6 Wochen seit Beginn des Auslandsaufenthaltes zurückreisen, so werden die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung im vereinbarten Umfang so lange übernommen, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

Diese Angaben sind nicht abschließend. Einzelheiten finden Sie in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Falls Sie die Laufzeit Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn weder Sie noch wir ihn in Textform kündigen. Beide Seiten können jeweils zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden (§ 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Kundeninformation zu Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKF

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zum Abschluss Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung möchten wir Ihnen folgende Erläuterungen geben:

Versicherer

Ihr Versicherer ist die Concordia Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Postanschrift: Concordia
Krankenversicherungs-AG
30621 Hannover

Telefon: 0511/5701-1188
Telefax: 0511/5701-1141
Mail: kv@concordia.de

Aufsichtsratsvorsitzender: Volker Stegmann
Vorstand: Dr. Heiner Feldhaus, Vorsitzender
Wolfgang Glaubitz,
Johannes Grale,
Henning Mettler,
Lothar See
Sitz der Gesellschaft: Hannover
Handelsregister: Amtsgericht Hannover HRB 51482

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Concordia Krankenversicherungs-AG besteht in dem Betrieb der Krankenversicherung inkl. Auslandsreise-Krankenversicherung einschließlich Krankentagegeld und Pflegepflichtversicherung.

Gesetzlicher Sicherungsfonds

Postanschrift: Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Familienauslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AKF). Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen entnehmen Sie bitte den §§ 1 bis 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Beitrag und Zahlungsweise

Der Beitrag in der Familienauslandsreise-Krankenversicherung gilt für ein Versicherungsjahr. Er beträgt 30,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied nicht älter als 64 Jahre ist bzw. 75,00 €, wenn das älteste versicherte Familienmitglied älter als 64 Jahre ist. Wird das älteste versicherte Familienmitglied 65 Jahre alt, so steigt der Beitrag für die ganze Familie ab dem folgenden Versicherungsjahr auf 75,00 €.

Den ersten Beitrag buchen wir mit Fälligkeit unmittelbar nach Abschluss des Vertrages von Ihrem Konto ab. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben oder wenn Sie oder wir den Vertrag nicht kündigen, werden die

weiteren Beiträge jeweils zu Beginn des neuen Versicherungsjahres fällig und abgebucht. Die Details lesen Sie bitte im § 7 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Kosten

Zusätzliche Kosten für den Abschluss des Vertrages entstehen für Sie nicht.

Vertragsabschluss und Versicherungsbeginn

Wie Sie diese Versicherung abschließen und wann Ihr Versicherungsschutz beginnt, lesen Sie bitte in § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Der Versicherungsschutz beginnt gegebenenfalls, bevor die Widerrufsfrist abläuft. Sofern Sie dies nicht wünschen, müssen Sie dies gesondert erklären.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags pro Tag; den von Ihnen zu zahlenden Beitrag entnehmen Sie bitte der Anmeldung. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Kommt der Vertrag im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 BGB (z.B. durch Antragstellung über das Internet) zustande, gilt für Sie nicht die vorstehende, sondern die nachfolgende Widerrufsbelehrung:

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags pro Tag; den von Ihnen zu zahlenden Beitrag entnehmen Sie bitte der Anmeldung. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit

Sie schließen mit uns den Vertrag für ein Versicherungsjahr ab. Das Versicherungsjahr beträgt ein Jahr, gerechnet ab Versicherungsbeginn. Falls Sie die Laufzeit Ihrer Familienauslandsreise-Krankenversicherung bei Abschluss des Vertrages nicht von vornherein auf ein Versicherungsjahr begrenzt haben, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn weder Sie noch wir ihn in Textform kündigen. Beide Seiten können jeweils zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Vertragsbeendigung

Bitte lesen Sie im § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, wann Ihre Versicherung endet und wann Ihr Versicherungsschutz endet.

Rechtsgrundlage vor Abschluss des Vertrages

Der Aufnahme von Vertragsbeziehungen zum Versicherungsnehmer legt die Concordia Krankenversicherungs-AG das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Dem Vertrag liegt das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde. Es gilt der gesetzliche Gerichtsstand des § 215 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Vertragsprache

Die Vertragsprache ist Deutsch. Wir weisen darauf hin, dass andere Sprachen für den Vertragsabschluss und die Vertragsverwaltung nicht zur Verfügung stehen.

Beschwerden

Unser wichtigstes Anliegen ist es, Ihnen als Kunden einen hervorragenden Service zu bieten. Aber auch wir sind nicht fehlerfrei und wollen unseren Service ständig weiter verbessern. Wenn Sie der Meinung sind, dass wir etwas falsch gemacht haben, setzen Sie sich einfach mit uns oder Ihrem zuständigen Ansprechpartner vor Ort in Verbindung und schildern Sie Ihr Anliegen.

Sie können uns Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde ebenfalls per E-Mail an beschwerdemanagement@concordia.de oder schriftlich mitteilen.

Unsere Adresse lautet:

Concordia Krankenversicherungs-AG
Beschwerdemanagement
Karl-Wiechert-Allee 55
30625 Hannover

Sie können sich aber auch an die folgende Stelle wenden:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Tel: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
www.pkv-ombudsmann.de

Oder aber Sie richten Ihre Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Hiervon unberührt bleibt für Sie als Versicherungsnehmer selbstverständlich auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Wir würden uns freuen, wenn wir Sie mit den oben gemachten Ausführungen von der Concordia Krankenversicherungs-AG überzeugen konnten und Sie sich für uns entscheiden. Reichen Ihnen die gemachten Erläuterungen nicht aus, freuen wir uns, wenn Sie uns die Gelegenheit geben würden, Ihre Fragen zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Concordia Krankenversicherungs-AG

Auszug aus Gesetzestexten

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG und anderer Gesetze sind nachfolgend gedruckt.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

§ 56 Festsetzung der Regelversorgungen

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen

sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

§ 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. § 89 Abs. 4 gilt mit der Maßgabe, dass auch § 89 Abs. 1 und 1a entsprechend gilt. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 betragen für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 zwei Monate.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die Vereinbarungen nach Satz 2 gilt § 71 nicht.

Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden.

Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Absatz 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 1 Satz 1 und 3 und Absatz 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach Satz 1 jeweils einen Monat betragen.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung)

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
- sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder ein Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.
 - sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären.
 - sich verpflichtet, auch versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzenden Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung)

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
- diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 - einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
 - sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,
 - soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
 - sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
 - vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
 - die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunter-

nehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
 - in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buchen Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
 - Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 - Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 153 Notlagentarif

- Nichtzahler nach § 193 Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Versicherungsvertragsgesetz

§ 4 Versicherungsschein auf den Inhaber

- (1) Auf einen als Urkunde auf den Inhaber ausgestellten Versicherungsschein ist § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.
- (2) Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins zu leisten hat, genügt, wenn der Versicherungsnehmer erklärt, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkennnis, dass die Schuld erloschen sei. Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.

§ 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

- (1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.
- (2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:
 1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und
 2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die ladungsfähige Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 enthält.

Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

- (3) Das Widerrufsrecht besteht nicht
 1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
 2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312c des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
 3. bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312c des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
 4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des § 210 Abs. 2.

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

- (4) Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.
- (5) Die nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zu erteilende Belehrung genügt den dort genannten Anforderungen, wenn das Muster der Anlage zu diesem Gesetz in Textform verwendet wird. Der Versicherer darf unter Beachtung von Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 in Format und Schriftgröße von dem Muster abweichen und Zusätze wie die Firma oder ein Kennzeichen des Versicherers anbringen.

§ 9 Rechtsfolgen des Widerrufs

Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs. 1 aus, hat der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer in der Belehrung nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 auf sein Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden ist und zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt; die Erstattungspflicht ist unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen. Ist der in Satz 1 genannte Hinweis unterblieben, hat der Versicherer zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien zu erstatten; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen hat.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 15 Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf

einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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.

§ 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 Folgeprämien

- (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.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. 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) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 € begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 €. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

- (6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.
- (7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann ver-

langen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

- (8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 153 Abs. 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.
- (9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
- (2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres

gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.
- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten

nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte er-

klären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Liste der Dienstleister für Concordia Versicherungen

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Versicherungsgruppe

Concordia Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (CC)

Concordia Versicherung Holding (CH)

Concordia oeco Lebensversicherungs-AG (COL)

Concordia Krankenversicherungs-AG (CK), Concordia Service GmbH (CS)

Concordia Rechtsschutz-Leistungs-GmbH (CRL)

Cordial Versorgungs-Management e.V. (CVM), Cordial Grundstücks-GmbH (CDG)

Gesellschaften, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen			
Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten betroffen
alle Concordia-Gesellschaften	IBM Deutschland GmbH	Rechenzentrum	ja
alle Concordia-Gesellschaften	CC	Zahlungsverkehr, Recht, Beschwerdemanagement, Datenschutz, IT-Sicherheit	zum Teil
alle Concordia-Gesellschaften	GDV e.V.	Datenübermittlung an öffentliche Stellen	zum Teil
alle Concordia-Gesellschaften	Klaus Reimer GmbH	Datenaustausch von Bestands- und Inkassodaten im GDV-Format	zum Teil
alle Concordia-Gesellschaften	infoscore Consumer Data GmbH	Bonitätsanfragen	nein
alle Concordia-Gesellschaften	OMNIDATA GmbH & Co. KG	Ausführung von Druck- und Kuvertieraufträgen	ja
CC, COL, CRL, CS	CC	Bestandsverwaltung	ja
CC	Informa HIS GmbH	Hinweis – und Informationssystem (HIS) der dt. Versicherungswirtschaft	nein
CC	GDV e.V.	Zentralruf der Autoversicherer	nein
CC	GDV e.V.	Schaden- und Unfallservice	zum Teil
CC	Roland Versicherungen	Assistance-Leistungen KFZ	zum Teil
CC	GDV-DL-GmbH & Co. KG	Technisches Betreiben des KFZ-UMD	zum Teil
CC	Initiativ Agentur	Steuerungsaktivitäten für Vertriebswege	nein
CC	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Erbringung von Hilfs- und Pflegeleistungen	ja
CC	Audatex Deutschland GmbH	EDV-Dienstleistungen (KFZ-Schaden)	nein
CK	Innovas GmbH	Softwarepflege- und entwicklung für die Bestandsverwaltung	ja
CK	ROLAND Assistance GmbH	Leistungsabwicklung	ja
COL	Allyscia Assistance GmbH	Assistance-Leistungen	ja
COL	VMO Systemservice GmbH	Vertragsverwaltung	ja
CRL	Adesso Insurance Solutions GmbH	Lieferung strukturierter Deckungsanfragen/HCM	zum Teil
CRL	L&I (IT-solutions GmbH & Co. KG)	Rechnungsprüfung	nein
CRL	e.consult AG	Übermittlung von Rechtsanwaltskorrespondenz in Form strukturierter Daten	nein
CVM	KDV Kanne Datenverarbeitung GmbH	Auswertungen der Lohn- und Gehaltsabrechnung der Vertrags-partner CVM	nein
Auftraggeber	Kategorien	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten betroffen
alle Concordia-Gesellschaften	Datenvernichter	Datenträgervernichtung	zum Teil
CC, COL, CK, CRL, CS	Rechtsanwälte	Juristische Beratung	zum Teil
CC, COL, CK, CRL, CS	Adressermittler	Adressprüfung	nein
CC, COL, CK, CRL, CS	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
CC, COL, CK, CRL, CS	Gutachter/Sachverständige	Antrags- und Leistungsprüfung	ja
CC	Werkstätten	Reparaturen, Sonstige Dienstleister wie Handwerker, Abschleppunternehmen und Autovermieter	nein
CC	Rehadienste	Reha-Dienstleistungen	ja
CC	Ausländische Regulierungsbüros	Regulierung/Abwicklung von KFZ-Haftpflichtschäden im Ausland	zum Teil
CK	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
CK	Versicherungsmediziner/ Gesellschaftsarzt	Antrags- und Leistungsprüfung	ja

Tipps zur Concordia Auslandsreise-Krankenversicherung

Im Krankheitsfall

Bitte bezahlen Sie Arztrechnungen im Ausland vor Ort und senden Sie die Rechnung im Original an die Concordia Krankenversicherungs-AG, Bereich Leistung, 30621 Hannover. Ist ein Krankenhausaufenthalt nötig, melden Sie diesen bitte innerhalb von 48 Stunden bei der Assistance-Hotline (siehe unten).

Hilfe im Ausland

Unter Telefon + 49 (0) 511 / 5701-2400 ist unsere Assistance-Hotline rund um die Uhr für alle Versicherten erreichbar – 365 Tage im Jahr. Fachkundige Mitarbeiter und Ärzte geben in über 30 Fremdsprachen Hilfestellung bei notwendigen Behandlungen im Ausland:

- Informationen über die beste medizinische Versorgung vor Ort
- Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt
- „Arzt-zu-Arzt-Gespräche“
- Medizinische Hilfe vor Ort
- Krankentransporte und Krankenrücktransporte mit ärztlicher Begleitung

Über ein internationales Netzwerk wird an allen Orten der Welt Hilfe geleistet.

Wann melden Sie den Krankheitsfall?

Bitte melden Sie Krankenhausbehandlungen innerhalb von 48 Stunden, ansonsten melden Sie Krankheitsfälle einfach nach Ihrer Rückkehr. Wurden Sie in einem Krankenhaus stationär behandelt, kann das ausländische Krankenhaus bei uns eine Kostenübernahmeerklärung anfordern.

Welche Unterlagen benötigen wir? Bitte beachten Sie die Checkliste auf der nächsten Seite.

Hinweise für den Arzt

Deutsch:

Eine Bitte an den Arzt.

Im Interesse Ihres Patienten, der bei uns versichert ist, bitten wir Sie, Ihre Rechnung mit den folgenden Angaben zu versehen, die für die Erstattung des Rechnungsbetrages an unseren Versicherten notwendig sind:

- Name des Patienten
- Diagnose
- Behandlungsdaten
- Einzelleistungen

Vielen Dank.

Französisch:

Mrs. les médecins traitants, sont priés, dans l'intérêt de leurs clients qui sont assurés chez nous de spécifier dans leurs factures les points suivants nécessaires pour le remboursement des sommes aux assurés:

- nom et prénoms du client
- diagnostic
- dates des journées de traitement
- traitement appliqué: consultations, visites, injections, etc.

Nous vous remercions de votre amabilité.

Spanisch:

Le pedimos por favor a los Sres. medicos, que, en beneficio de sus pacientes, asegurados con nosotros, tengan a bien hacer constar en sus facturas los datos siguientes, necesarios para la devolución al asegurado del importe de la factura:

- apellido del paciente
- diagnóstico
- fechas de las tratamientos
- especificación de las prestaciones

Muchas gracias.

Englisch:

A request to the physician

Your patient is insured with us. May we ask you to include the following information on your bill, so that we can reimburse her/him:

- name of patient
- diagnosis
- dates of all attendances
- all particulars about the treatment given: e.g. surgical, injections, dressings, laboratory tests, x-rays, physiotherapy etc.

Thank you.

Italienisch:

Invito ai sigg. Medici,

Nell'interesse dei loro ammalati, nostri assicurati, e perchè ad essi vengano rimborsati gl'importi versati chiediamo gentilmente che le note di onorario siano corredate dei suguenti particolari a noi necessari:

- nome dell'ammalato
- diagnosi
- diario della cura
- specifica delle prestazioni

Con ringraziamenti.

Portugiesisch:

Pedimos aos Senhores médicos,

o favor, de fazarem constar nas suas facturas, da máxima promenorização possível, afim de que os nossos segurados, possam ser reembolsados do valor dos tratamentos recebidos:

- nome do enfermo
- diagnóstico
- datas dos tratamentos
- quais os tratamentos feitos

Muito obrigados.

Checkliste zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Während der Reise (vor Ort)

ambulante / zahnärztliche Behandlung:

Lassen Sie sich eine Rechnung mit nachstehenden Angaben ausstellen:

- Vor- und Nachname der behandelten Person
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Diagnose
- detaillierte Aufschlüsselung der einzelnen Behandlungskosten
- Vor- und Nachname des Arztes / der Ärztin
- Anschrift
- Telefon- / Faxnummer
- E-Mail-Adresse

Wichtig

Für die Prüfung benötigen wir neben den Behandlungsrechnungen zusätzlich die nachstehenden Unterlagen von Ihnen:

- Zahlungsnachweise (Kreditkartenabrechnung, Quittungen, etc.)
- Reisenachweise (z.B. Flugtickets, Hotelrechnungen, etc.)
- **alle** medizinischen Unterlagen wie beispielsweise Arztberichte, Röntgenbilder, etc.

Krankenhausbehandlung:

Bitte halten Sie Ihre Versicherungsscheinnummer bereit und kontaktieren Sie uns umgehend unter der Rufnummer:

+49 (0) 511 / 5701 - 2400

Wir stehen Ihnen unter dieser Rufnummer rund um die Uhr zur Verfügung und werden einerseits die Kommunikation vor Ort übernehmen und andererseits die erforderlichen Schritte einleiten, damit Sie Ihren Urlaub so schnell wie möglich fortsetzen können.

Nach der Reise

Wir hoffen, dass Sie Ihre Reise trotz der Erkrankung ungehindert fortsetzen konnten und möchten Sie bitten, zusätzlich zu den einzureichenden Rechnungen die nachstehenden Fragen zu beantworten, damit wir Ihren Leistungsantrag sofort bearbeiten können. Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen.

1. Versicherungsscheinnummer: _____
2. Dauer des Auslandsaufenthaltes – vom: _____ bis: _____
3. Reiseland: _____
4. In welcher Währung wurden die Behandlungskosten bezahlt? _____
5. Wegen welcher Erkrankung(en) wurden Sie behandelt?

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person ab 16 Jahren