

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG für ReiseMed Tarif AS12V

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweisen wir auf die Ausführungen zu den Gesundheitsfragen auf Seite 2.

Schweigepflichtentbindung

1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder eine Anfrage/einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

2. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe

bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Erklärungen für mitzuversichernde Personen

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

Folgen der Schweigepflichtentbindung im Einzelfall

Die Entscheidung, eine Entbindung von der Schweigepflicht jeweils nur im Einzelfall nach Information durch den Versicherer abzugeben (Alternative 2, Seite 2, unter F. Beitragszahlung und Schlusserklärungen), kann

1. den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
2. zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die ERGO Versicherungsgruppe AG als zentralem Dienstleister der ERGO-Gruppe erhoben, verarbeitet und genutzt werden, die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Abgabe der Vertragserklärung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den Unterlagen gemäß Informationspflichtenverordnung überlassen wird.

Deine Adresse:

.....
.....
.....
.....

Frau
Maike Artl
Renos GmbH
Waldstr. 19
13156 Berlin

Datum:

Auslandskrankenversicherung

Sehr geehrte Frau Artl,

anbei erhalten Sie den Antrag für die Auslandskrankenversicherung der DKV, den ich bei Reisebine.de heruntergeladen habe.

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift)

Produktinformationsblatt zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Auslandsreise-Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Person 1

 Vorname(n)/Zuname:

Person 2

 Vorname(n)/Zuname:

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die angebotene Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.

Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?

Tarifbeschreibung

ReiseMed Tarif AS12V

Weltweit gültige Auslandsreise-Krankenversicherung für Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Lebensmittelpunkt) in Deutschland haben und sich für 3 – 12 Monate im Ausland aufhalten – ggf. mit einmaliger automatischer Verlängerung um weitere zwölf Monate.

Ambulante Heilbehandlung, zahnärztliche Heilbehandlung, stationäre Heilbehandlung, Hilfsmittel, Heilmittel, Rückführung, Erstattung von Bestattungskosten, Krankentransport, 24-Stunden-Notruf-Service

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter Nr. 4 „Welche Leistungen beinhaltet der ReiseMed Tarif AS12V?“ nach.

Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Monatsbeitrag für den gewünschte Versicherungsschutz	.	.	.
Beitragsfälligkeit:	<input checked="" type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	
	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich	
Erstmals zum Versicherungsbeginn	.	.	2 . 0 . .

Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Kalendermonats fällig. Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Wochen zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 7 „Was ist bei der Beitragszahlung zu berücksichtigen?“ nach.

Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Keine Leistungen erhalten Sie z.B. für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 13 „Wann zahlen wir nicht?“ nach.

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen Sie uns alle bekannten und erheblichen Gefahr-umstände, nach denen wir gefragt haben, mitteilen. Wird diese Anzeigepflicht verletzt, können wir unter Umständen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anfechten.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte im Antragsformular unter dem Punkt „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“ nach.

Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Wird für eine versicherte Person ein Krankheitskostenversicherungsvertrag für den gleichen Auslandsaufenthalt bei uns oder bei einem weiteren Versicherer abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten. Bei der Verletzung dieser Pflicht sind wir bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit zur Kündigung berechtigt und unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 15 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?“ nach.

Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Auf Anforderung ist uns jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Sämtliche Ansprüche auf Versicherungsleistungen sind innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 15 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?“ nach.

Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, der Zahlung des Beitrages, dem Beginn eines Auslandsaufenthaltes und dem Ablauf der Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder vor Zahlung des ersten Beitrages eingetreten sind, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 10 „Wann beginnt der Versicherungsschutz?“ und Nr. 11 „Wann endet der Versicherungsschutz?“ nach.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, spätestens nach Ablauf von 24 Monaten.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den AVB unter Nr. 8 „Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?“ nach.

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300 · 50933 Köln
weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111
Sitz: Köln · Aktiengesellschaft HRB 570 · Amtsgericht Köln

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;
Rolf Bauernfeind, Thomas Langhein, Silke Lautenschläger, Dr. Hans Josef Pick,
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Schutzfonds werden von der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Den Beitrag können Sie dem Antrag entnehmen.

Zahlungsmodalitäten

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beiträge sind am Ersten eines jeden Kalendermonats fällig. Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag wird durch die Annahme des Antrages (Aushändigung des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) abgeschlossen. Benutzen Sie ausschließlich das für den Abschluss vorgesehene Antragsformular.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, der Zahlung des Beitrages, dem Beginn eines Auslandsaufenthaltes und dem Ablauf der Wartezeiten.

Annahmefrist

Mein Antrag auf Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages kann von der DKV binnen sechs Wochen angenommen werden.

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:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln, bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 18 05/786 000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

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 in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Antrag) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge 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

Versicherungsdauer

Der Versicherungsvertrag kann für eine Mindestdauer von drei Monaten bis zu einer Dauer von 12 Monaten abgeschlossen werden. Eine einmalige automatische Verlängerung um weitere zwölf Monate ist ggf. möglich.

Vertragsbeendigung

Der Versicherungsvertrag endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, spätestens nach Ablauf von 24 Monaten.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch. Beschwerden können an die DKV AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, oder an die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn – gerichtet werden. Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die
Auslandsreise-Krankenversicherung nach ReiseMed Tarif AS12V

1. Wer kann sich versichern?

Versichern können sich Personen,

- deren gewöhnlicher Aufenthalt (Lebensmittelpunkt) in der Bundesrepublik Deutschland liegt und
- die nur vorübergehend ins Ausland reisen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf unser Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Wir ersetzen bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (s. Nrn. 12 und 13) dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Krankenrücktransport, siehe Nr. 4.4). Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

3. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland.

Die Bundesrepublik Deutschland und Länder, in denen die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, gelten nicht als Ausland.

Unterbricht die versicherte Person vorübergehend – längstens für drei Monate – den Aufenthalt im Ausland, so besteht auch für während dieser Unterbrechung im Inland **akut** eintretende Versicherungsfälle Versicherungsschutz für Leistungen nach Nr. 4.

Erfolgt innerhalb von drei Monaten nach Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes keine Wiederausreise, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens drei Monate nach der Wiedereinreise, frühestens jedoch drei Monate nach Versicherungsbeginn.

Auf unser Verlangen ist die Dauer der Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes nachzuweisen.

4. Welche Leistungen beinhaltet der ReiseMed Tarif AS12V?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

Für ambulante und stationäre Heilbehandlung gilt:

- Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich aus der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.
- Bei Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt haben.

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

4.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) ärztliche Leistungen, einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen analog den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,
- b) Geburtshilfe und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger,
- c) Arznei- und Verbandmittel (hierzu zählen nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze),
- d) Hilfsmittel (das sind: Bandagen, Gehhilfen und Korrekturschienen zur Überwindung von Verletzungsfolgen, die durch einen während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall bedingt sind),

- e) Heilmittel (das sind: physikalisch-medizinische Leistungen wie z. B. Wärmebehandlung, Elektrolithapie, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden),
 - f) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall
- ersetzen wir zu 100 %.

- Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- Leistungen des Heilpraktikers können nicht in Anspruch genommen werden.
- Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächsterreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

4.2 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Geburtshilfe und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger,
- c) Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung,
- d) einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste

ersetzen wir zu 100 %.

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die o. g. Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Bestimmungen entsprechend. Teilstationäre Heilbehandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.

4.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für

- a) zahnärztliche Leistungen

einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und den Heil- und Kostenplan

werden zu 100 % insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 500 EUR je Versicherungsjahr ersetzt.

Zahnkronen, Einlagefüllungen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen und Kieferorthopädie

werden zu 50 % insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 1.000 EUR je Versicherungsjahr ersetzt.

- b) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

werden zu dem Erstattungsprozentsatz der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistung ersetzt.

- Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen und Reparaturen.
- Die unter a) und b) genannten Regelungen gelten auch, wenn die Leistungen von einem Arzt oder während einer stationären Krankenhausbehandlung ausgeführt worden sind.

4.4 Sonstige Leistungen

- a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

Die Rückführung muss an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in diesem Land erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen ersetzen wir zu 100 %.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 EUR, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Reise-Med Tarif AS12V unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

- b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an den Ort, an dem dieser zuletzt seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, bei Einäscherung im Ausland auch die Überführung der Urne oder im Falle einer Beisetzung im Ausland die entstandenen Bestattungskosten bis maximal 10.000 EUR.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Der Versicherungsvertrag wird durch die Annahme des Antrages (Aushändigung des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) abgeschlossen.

Benutzen Sie ausschließlich das für den Abschluss vorgesehene Antragsformular. Dieses ist ordnungsgemäß ausgefüllt, wenn es eindeutige und vollständige Angaben über die versicherten Personen und die entsprechenden Beiträge enthält sowie die Gesundheitsfragen lückenlos beantwortet wurden.

6. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag beträgt für die versicherte Person pro Monat:

AMERIKA

Alter

0–24 Jahre	100,00 EUR
25–29 Jahre	132,00 EUR
30–49 Jahre	169,00 EUR
50–69 Jahre	219,00 EUR
ab 70 Jahre	637,00 EUR

ÜBRIGE WELT

Alter

0–24 Jahre	35,00 EUR
25–29 Jahre	49,00 EUR
30–49 Jahre	63,00 EUR
50–69 Jahre	88,00 EUR
ab 70 Jahre	225,00 EUR

Reist eine versicherte Person während einer Auslandsreise auch nach Amerika (Nord-, Mittel-, Südamerika und Karibik), ist für jeden angefangenen Monat des Aufenthaltes in Amerika der Beitrag für den Amerika-Aufenthalt zu zahlen.

7. Was ist bei der Beitragszahlung zu berücksichtigen?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beiträge sind am Ersten eines jeden Kalendermonats fällig, jedoch nicht vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5).

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person und dem Zielgebiet festgelegt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Dem steht gleich, wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die Sie nicht zu vertreten haben.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 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.

8. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag kann für eine Mindestdauer von drei Monaten bis zu einer Dauer von 12 Monaten abgeschlossen werden. Der Versicherungsbeginn muss der erste Tag des Auslandsaufenthaltes sein.

Hält sich die versicherte Person nach Ablauf einer vereinbarten Versicherungsdauer von 12 Monaten weiterhin vorübergehend im Ausland auf, gilt folgendes:

Der Versicherungsvertrag verlängert sich – **einmalig** – um weitere 12 Monate, wenn Sie der Verlängerung nicht schriftlich widersprechen. Der Widerspruch muss spätestens 5 Tage vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer von 12 Monaten bei uns eingehen.

Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, spätestens nach Ablauf von 24 Monaten.

Das Versicherungsverhältnis endet auch

- a) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, jedoch frühestens mit Ablauf des dritten Monats nach Versicherungsbeginn. Beendet nur eine der versicherten Personen den Auslandsaufenthalt, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Verlegt nur eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen entsprechenden Staat, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.

9. Gibt es Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nur für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie für Kieferorthopädie. Sie rechnen vom Versicherungsbeginn an und betragen acht Monate.

10. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5),
- nicht vor Zahlung des Beitrages,
- nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes und
- nicht vor Ablauf der Wartezeiten (s. Nr. 9).

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach ReiseMed Tarif AS12V bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder vor Zahlung des ersten Beitrages eingetreten sind, wird nicht geleistet.

11. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus, solange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Für einen im Ausland eingetretenen Versicherungsfall wird auch noch im Inland bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Auslandsaufenthalt beendet wurde, weitergeleistet.

Besteht nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes keine direkte Anschlussversicherung, kann der Versicherungsschutz für drei Monate ab Einreise nach Deutschland für akut auftretende Versicherungsfälle auf Deutschland ausgedehnt werden. **Hierzu muss jedoch vor Einreise eine schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingehen.**

12. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Entbindung und Tod.

13. Wann zahlen wir nicht?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- a) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- e) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß vergütet;
- g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft

(Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 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.

14. Was tun im Schadenfall?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person unseren Notruf-Service unter der Tel.-Nr. +49 / 2 21 / 57 89 40 05 zur Beratung und Unterstützung in Fragen der Leistungsabwicklung einschalten.
- Bitte senden Sie im Schadenfall Ihre Belege an die DKV in Köln.
- Reichen Sie immer Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein; die dafür berechneten Kosten sind von Ihnen zu tragen.
- Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Belege mit dessen Original-Erstattungsvermerk.
- Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.
- Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.
- Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 VVG. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag § 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 Betrags 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) Ein Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

15. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich, nach Möglichkeit innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Es genügt eine Meldung an unseren Notruf-Service unter der Tel.-Nr. +49 / 2 21 / 57 89 40 05.
- b) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von 3 Monaten nach der Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- c) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe Nr. 14) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- d) Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- e) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- f) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- g) Wird für eine versicherte Person ein Krankheitskostenversicherungsvertrag für den gleichen Auslandsaufenthalt bei uns oder bei einem weiteren Versicherer abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten Vorgaben. Wir sind ansonsten mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten (siehe Nr. 15 a) bis g) verletzt wird.

Wird die in Nr. 15 g) genannte Obliegenheit verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

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

16. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zuname der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) sowie
- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen der Name der versicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 4.3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen enthalten.

17. Belege in fremder Sprache

Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen. Eventuell hierfür entstehende Kosten haben Sie zu tragen.

18. Belege in ausländischer Währung

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat. Kreditkarten- und Bankgebühren sind nicht erstattungsfähig.

19. Kosten für Überweisungen

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen können – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – von den Leistungen abgezogen werden.

20. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- Sie oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a) und b) genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze a) bis c) entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 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.

21. Wann können Sie aufrechnen?

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

22. Was ist bei Erteilen einer Empfangsvollmacht sowie Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

Der Versicherungsnehmer hat uns einen in der Bundesrepublik Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zu benennen, der für die Dauer seines Auslandsaufenthaltes zur Abgabe und Entgegennahme jeder Willenserklärung aus diesem Versicherungsverhältnis berechtigt ist.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Pflicht nicht nach, so genügt für eine Willenserklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines Briefes an die letzte uns bekannte Wohnadresse des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland. Die Erklärung wird mit dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne eine Wohnungsänderung oder dem Auslandsaufenthalt bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

23. Gerichtsstand

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.

Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3583746 (gebührenfreie
Rufnummer)

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mithilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) regelt die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten, die Sie uns mitteilen. Danach können Daten verarbeitet und genutzt werden, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift das erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht. Sie ist auch erlaubt, wenn berechtigte Interessen der datenverarbeitenden Stelle gewahrt werden müssen und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen überwiegt, die Verarbeitung oder Nutzung auszuschließen.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf die sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung finden Sie in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz oder teilweise gestrichener Einwilligungserklärung können die Daten in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, verarbeitet und genutzt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie zum Beispiel beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, der Kranken- und der Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten, der Sie jederzeit widersprechen können.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Die DKV speichert Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag wie zum Beispiel die Adresse (Antragsdaten). Weiter erfasst die DKV zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Bankverbindung und, falls erforderlich, die Angaben eines Dritten, zum Beispiel eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben dazu und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie zum Beispiel den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer achtet ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken. Deshalb gibt die DKV in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags oder im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, stellt die DKV ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherte verpflichtet, bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Versicherungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Abwicklung des Versicherungsfalls wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören zum Beispiel frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären und um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang oder bei Teilungsabkommen tauschen Versicherer personenbezogene Daten aus. Dabei werden Daten wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und das Risiko oder Angaben zum Versicherungsfall wie Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

4. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Die Unternehmen der einzelnen Versicherungsbranchen (zum Beispiel Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und anderen Finanzdienstleistungen (zum Beispiel Kredite, Bausparen und Kapitalanlagen) sind rechtlich selbstständig. Sie arbeiten häufig in Unternehmensgruppen zusammen, um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können.

Die Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages ist in der ERGO-Gruppe in den wesentlichen Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf zentralisiert. Mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die weisungsgebundene ERGO Versicherungsgruppe AG beauftragt. Als IT-Dienstleister ist die ITERGO Informationstechnologie GmbH für die ERGO-Gruppe tätig. Es können bei Bedarf weitere weisungsgebundene Dienstleister mit der Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben hinzugezogen werden.

Zur Kostenersparnis werden einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird zum Beispiel Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, das heißt Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sogenannten Partnerdaten wie Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl und bestehende Verträge von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise können die Unternehmen der Gruppe eingehende Post immer richtig zuordnen und bei telefonischen Anfragen sofort den zuständigen Ansprechpartner nennen. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten können dagegen nur die Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragen. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie zum Beispiel Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der ERGO-Gruppe gehören neben der ERGO Versicherungsgruppe AG zurzeit folgende Unternehmen an: die ERGO Versicherungsgesellschaften, die D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG, die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, die ERGO Direkt Versicherungsgesellschaften, die ERGO Pensionsfonds AG, die Europäische Reiseversicherung AG, die Longial GmbH, die Neckermann Versicherungsgesellschaften, die Victoria Lebensversicherung AG und die Vorsorge Versicherungsgesellschaften. Die jeweils aktuelle Zusammensetzung können Sie im Internet unter www.ergo.de einsehen oder auf Wunsch auch jederzeit bei uns erfragen.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (zum Beispiel Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlagegesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit:

HVB Group (derzeit: UniCredit Bank AG und Planet Home AG)

Fondsdepot Bank GmbH

Valovis Commercial Bank AG

Wüstenrot Bausparkasse AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln zum Beispiel die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die Ausführungen unter Punkt 5.

(Auf Wunsch stellen wir Ihnen eine aktuelle Übersicht mit den einzelnen zur ERGO-Gruppe gehörenden Unternehmen und Kooperationspartnern zu.)

5. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesem Zweck von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten wie Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (zum Beispiel Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Die DKV informiert Sie darüber, welcher Vermittler für Sie zuständig ist. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (zum Beispiel durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), benachrichtigt die DKV Sie über Ihren neuen Ansprechpartner.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Wünschen Sie Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung über bzw. der beim Rückversicherer gespeicherten Daten, wenden Sie sich stets an Ihren Versicherer.

Information zur Bonitätsprüfung

1. Der Versicherer nutzt Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers und Versicherungsnehmers zu überprüfen, um Kosten – insbesondere für die Gemeinschaft unserer Kunden – zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Versicherungsnehmers entstehen. Der Versicherer holt diese Auskunft selbst ein oder bedient sich dazu einer Auskunft (wie zum Beispiel Bürgel, Infoscore, Creditreform). Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers oder Versicherungsnehmers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben.
2. Zur Einschätzung des Risikos von künftigen Zahlungsausfällen erstellt eine Auskunft für den Versicherer eine Prognose zur Einschätzung des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers. Dazu wird von der Auskunft auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren ein Scorewert gebildet, welcher dem Versicherer eine Einschätzung hinsichtlich des zukünftigen Zahlungsverhaltens des Antragstellers ermöglicht. Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben.
3. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz haben Sie einen Anspruch darauf, auf Antrag über alle zu Ihrer Person gespeicherten Daten und ihre Herkunft sowie über die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die die Daten weitergegeben werden, und den Zweck der Speicherung informiert zu werden. Der Anspruch besteht sowohl gegenüber uns als Versicherer als auch gegenüber den von uns eingeschalteten Auskunfteien. Die Auskünfte erhalten Sie beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten des Versicherers und der entsprechenden Auskunft.

Scorewerte beziehen wir zurzeit bei folgender Auskunft:

– InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Tel.: 07221/50401678