



Verbraucherinformationen und Versicherungsbedingungen

Die AIDWORKER-Krankenversicherungs-Tarife im Überblick

AW24
AW24-RK
AW24-DR
AW-EH
AW-PLUS
AW-PLUS-RK

Version 2014

Die AIDWORKER-Krankenversicherungs-Tarife im Überblick

Vorwort

Auslandskrankenversicherung von Hilfskräften

Die Versicherung von Hilfskräften hat für die Dr. Walter GmbH Tradition. Bereits seit über 30 Jahren versichern wir Freiwillige, Entwicklungshelfer, Fachkräfte, Experten und sonstige Helfer vieler Organisationen. Jährlich verlassen sich tausende Hilfskräfte auf die von uns entwickelten Versicherungslösungen. In dieser Broschüre haben wir für Sie die Auslandskranken-Versicherungsbedingungen unserer AIDWORKER-Tarife zusammengefasst.

Welche Versicherungsbedingungen gelten für Sie?

Die verschiedenen Tarife sind für unterschiedliche Zielgruppen, Aufenthaltsdauern und Aufenthaltsgründe. Bitte entnehmen Sie Ihrer Versicherungsbestätigung, welche der Bedingungen für Sie gültig sind.

Über die Dr. Walter GmbH

Die Dr. Walter GmbH ist der Experte für die Versicherung von privaten und geschäftlichen Reisen und Auslandsaufenthalten. Seit über 50 Jahren entwickeln und vermitteln wir maßgeschneiderten Versicherungsschutz für internationale Wirtschaftsunternehmen und Hilfsorganisationen. Mit über 50 Mitarbeitern bieten wir verlässliche Leistungen und kompetenten Service zur Sicherung der Mobilität im geschäftlichen und privaten Kontext.

www.dr-walter.com

www.aidworker.de

Inhaltsverzeichnis

AIDWORKER 24 (AW 24)

Tarifblatt	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	3

AIDWORKER 24-RK (AW 24-RK)

Tarifblatt	5
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	6

AIDWORKER 24-DR (AW 24-DR)

Tarifblatt	8
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	9

AIDWORKER-EH (AW-EH)

Tarifblatt	11
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	12

AIDWORKER-PLUS (AW-PLUS)

Tarifblatt	15
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	16

AIDWORKER-PLUS-RK (AW-PLUS-RK)

Tarifblatt	18
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	19

Zusatzinformationen (Gesetzesauszüge)	22
---------------------------------------	----

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	23
---------------------------------	----

Tarifblatt AIDWORKER 24 (AW 24)

Auslandskrankenversicherung für Freiwillige und andere Fachkräfte und Helfer für Auslandseinsätze bis 24 Monate

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG.

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrages versicherbaren Personen versichert sein, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) gelten als Ausland alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.
3. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von sechs Wochen Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.

III. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

1. bei ambulanter Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für

- 1.1 ärztliche Leistungen
- 1.2 Arzneien und Verbandmittel
- 1.3 behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen und ärztlich verordnete Gehstützen sowie folgende Hilfsmittel, soweit sie unfallbedingt benötigt werden:
 - 1.3.1 Sehhilfen bis zu 150€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - 1.3.2 Krankenfahrstühle bis zu 675€
 - 1.3.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ je Versicherungsfall
 - 1.3.4 Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100 %
- 1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
- 1.5 Röntgendiagnostik
- 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes
- 1.7 Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Die Erstfeststellung eines psychischen Leidens wird bis zu 2.000€ erstattet.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

2. bei stationärer Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für

- 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
 - 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
 - 2.1.2 belegärztliche Leistungen
- 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km

Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

- 2.3 Die versicherte Person kann bei einer stationären Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland Kontakt zum Versicherer herstellen mit der Folge, dass dieser vor Ort die Prüfung der Heilbehandlung und eine besonders enge persönliche Begleitung der Versicherungsfälle veranlasst. Im Falle der Leistungspflicht können die Rechnungen direkt vor Ort beglichen werden.
- 2.4 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

- 3.1 Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zu 100 %
- 3.2 unfallbedingten Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, höchstens 2.500€ je Versicherungsfall.
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

4. bei Transporten

- 4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn
 - 4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn
 - 4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn
 - 4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransports übersteigen würden, zu 100 %.

In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000€ erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

- 4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung versicherter Kinder unter 16 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000€.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

- 4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.4 die nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehenden Kosten der Reise des Ehegatten, Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades an den Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen voraussichtlich übersteigen wird, bis zu 500€.

5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€

6. durch Selbstmord oder Selbstmordversuch

entstehende Kosten im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010)

IV. Weiterversicherungsrecht

Hat der Versicherungsschutz mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden und scheidet der Versicherte aus dem Gruppenvertrag aus, so hat er, sofern er über einen Wohnsitz sowie eine Kontoverbindung in der Bundesrepublik Deutschland verfügt, das Recht auf Aufnahme in den Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

V. Einschränkung der Leistungspflicht

Abweichend von § 5 Absatz 1a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Leistungspflicht auch in den Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) AIDWORKER 24 (AW 24)

Für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Vertragsdauer

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

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:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung;
 - b) der Tod.
- (2) Der Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
 - (3) Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch nicht ihren überwiegenden Aufenthalt hat.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherte Personen, die sich in einem Land aufhalten, für das erst nach Beginn des Versicherungsschutzes eine Reisewarnung ausgesprochen wird, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

§2 Beginn des Versicherungsschutzes

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag zustande kommt, beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor der Ausreise. Als Versicherungsbeginn muss immer der erste Tag der Auslandsreise angegeben werden.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§3 Zustandekommen des Versicherungsvertrags

(1) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag jeweils nach Ablauf einer eventuellen Widerrufsfrist nach §8 VVG (siehe Anhang) wie folgt zustande kommen.

- a) Der Versicherungsvertrag kommt durch die Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordrucks (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrags als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrags, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Vordrucks.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordrucks.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für Personen, die die Voraussetzungen der Aufnahmefähigkeit gemäß den tariflichen Bestimmungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrags zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch ein Beitrag gezahlt, wird dieser – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – auf Antrag zurückgezahlt.

Für einen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland muss der Versicherungsvertrag vor Reiseantritt abgeschlossen werden, für einen Aufenthalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland spätestens einen Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn eine Beitragszahlung erfolgt ist. Der gezahlte Beitrag wird dann – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zurückgezahlt. Das Datum des Reiseantritts bzw. der Einreise ist auf Verlangen glaubhaft zu machen.

Wenn sich der vorübergehende Auslandsaufenthalt über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus verlängert, kann vor deren Ablauf die Vertragsdauer bis zur tariflichen Höchstversicherungsdauer ausgedehnt werden. Bei einer Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach dem Tag der Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

Im Rahmen von Sondervereinbarungen, die mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. als Versicherungsnehmer zum Zweck der Versicherung von Personengruppen abgeschlossen werden, sind abweichende Vereinbarungen über das Zustandekommen und die Verlängerung der einzelnen Versicherungsverhältnisse sowie über die Beitragszahlung möglich.

(2) Versicherungsbestätigungen werden nur aufgrund besonderer Vereinbarung ausgestellt.

§4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und Ähnliches werden nicht erstattet.

Heilmittel müssen von einem der unter Absatz 2 aufgeführten Therapeuten bzw. von einem staatlich geprüften Masseur, von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister oder – bei Leistungserbringung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland – gegebenenfalls von einem entsprechend qualifizierten Behandelnden erbracht werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese

vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.

(8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist;

b) vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt.

Die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel werden auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet;

f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

h) für Beseitigung von Schönheitsfehlern oder körperlichen Anomalien, für Impfungen, Desinfektionen, ärztliche Gutachten, Atteste oder für Pflegepersonal außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung, soweit derartige nicht ausdrücklich tariflich vorgesehen sind;

i) für Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, dieser ist unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten;

j) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung);

k) für Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;

l) für Inlays, Zahnersatz, Zahnkronen oder Kieferregulierung, sofern der Tarif hierfür nicht ausdrücklich Leistungen vorsieht;

m) für eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die regelrecht verlaufende Entbindung. Bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen;

(2) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben. Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Absatz 1 Buchstaben j) und k) nicht berührt.

- (3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigte für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank. Würden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben und war dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Wünscht der Versicherungsnehmer Überweisungen ins Ausland oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In einigen Fällen ist neben der Originalrechnung noch ein Nachweis bzw. eine Bescheinigung mit vorzulegen, die nicht vom Ehe- oder Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ausgestellt sein dürfen. Hierbei handelt es sich um folgende zusätzliche Nachweise bzw. Bescheinigungen:
- ein vor dem Rücktransport ausgestellter ärztlicher Nachweis über dessen medizinische Notwendigkeit;
 - bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Anhang) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) 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.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags, mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Rücktransports.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Versicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen längstens für weitere 90 Tage, sofern die Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

§ 9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrags zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist der Mehrbeitrag für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrags auf Verlängerung zu entrichten. Im Rahmen von Sondervereinbarungen mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. sind abweichende Regelungen möglich.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ist der Versicherungsnehmer ein Unternehmen, das die Versicherung für einen seiner Mitarbeiter abgeschlossen hat, so trifft diese Pflicht auch diesen Mitarbeiter und die betroffenen versicherten Personen. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Sofern bei Vertragsabschluss noch nicht geschehen, ist dem Versicherer auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei den in § 213 VVG (siehe Anhang) genannten Personen und Stellen einzuholen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 4 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) 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 aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§ 15 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Tarifblatt AIDWORKER 24-RK (AW 24-RK)

Auslandskrankenversicherung für Freiwillige und andere Fachkräfte und Helfer für Auslandseinsätze bis 24 Monate für Mitglieder der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG.

I. Versicherungsfähigkeit

- Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrags versicherbaren Personen versichert sein, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen und anspruchsberechtigtes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland sind (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden, wenn sie ebenfalls anspruchsberechtigt gegenüber einer deutschen Krankenkasse sind.
- Die Versicherung besteht für den in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitraum. Die maximale Versicherungsdauer beträgt 24 Monate. Nach Ablauf der maximalen Versicherungsdauer kann eine einmalige Verlängerung um maximal weitere 24 Monate beantragt werden. In diesem Fall wird bei der Beitragsrechnung der dann für Neuanmeldungen gültige Beitrag berücksichtigt. Laufende Versicherungsfälle sind bei der Verlängerung mit einbezogen.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) gelten als Ausland alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

III. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

1. **unter Anrechnung der Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die zunächst in Anspruch zu nehmen ist, bei ambulanter Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für**
 - 1.1 ärztliche Leistungen
 - 1.2 Arzneien und Verbandmittel
 - 1.3 behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen und ärztlich verordnete Gehstützen sowie folgende Hilfsmittel, soweit sie unfallbedingt benötigt werden:
 - 1.3.1 Sehhilfen bis zu 150€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - 1.3.2 Krankenfahrräder bis zu 675€
 - 1.3.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ je Versicherungsfall
 - 1.3.4 Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100 %
 - 1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
 - 1.5 Röntgendiagnostik
 - 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes
 - 1.7 Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Die Erstfeststellung eines psychischen Leidens wird bis zu 2.000€ erstattet. Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70 % der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.
2. **bei stationärer Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für**
 - 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
 - 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
 - 2.1.2 belegärztliche Leistungen
 - 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km
Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.
 - 2.3 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig.
Leistungen nach Nummern 2.1 bis 2.3 werden nur nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) und unter Anrechnung dieser Vorleistungen erbracht.
3. **bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für**
 - 3.1 Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zu 100 %
 - 3.2 unfallbedingten Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, höchstens 2.500€ je Versicherungsfall.
Leistungen nach Nummern 3.1 bis 3.2 werden nur nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) und ggf. einer vorhandenen Zahnzusatzversicherung, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, unter Anrechnung dieser Vorleistungen erbracht.
4. **bei Transporten**
 - 4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn
 - 4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn
 - 4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn
 - 4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransports übersteigen würden, zu 100 %.
In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000€ erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.
 - 4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung versicherter Kinder unter 16 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000€.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

- 4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.4 die nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehenden Kosten der Reise des Ehegatten, Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades an den Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen voraussichtlich übersteigen wird, bis zu 500€.
5. **im Todesfall**
 - 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
 - 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€
6. **durch Selbstmord oder Selbstmordversuch**
entstehende Kosten im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010).

IV. Einschränkung der Leistungspflicht

Abweichend von § 5 Absatz 1a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Leistungspflicht auch in den Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) AIDWORKER 24-RK (AW 24-RK)

Für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Vertragsdauer

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
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:
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung;
 - b) der Tod.
- (2) Der Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (3) Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch nicht ihren überwiegenden Aufenthalt hat.
In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherte Personen, die sich in einem Land aufhalten, für das erst nach Beginn des Versicherungsschutzes eine Reisewarnung ausgesprochen wird, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag zustande kommt, beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor der Ausreise. Als Versicherungsbeginn muss immer der erste Tag der Auslandsreise angegeben werden.
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Zustandekommen des Versicherungsvertrags

- (1) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag jeweils nach Ablauf einer eventuellen Widerrufsfrist nach § 8 VVG (siehe Anhang) wie folgt zustande kommen.
 - a) Der Versicherungsvertrag kommt durch die Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordrucks (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
 - b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrags als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrags, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Vordrucks.
 - c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung

erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordrucks.

- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für Personen, die die Voraussetzungen der Aufnahmefähigkeit gemäß den tariflichen Bestimmungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrags zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch ein Beitrag gezahlt, wird dieser – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – auf Antrag zurückerstattet.

Für einen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland muss der Versicherungsvertrag vor Reiseantritt abgeschlossen werden, für einen Aufenthalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland spätestens einen Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn eine Beitragszahlung erfolgt ist. Der gezahlte Beitrag wird dann – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zurückerstattet. Das Datum des Reiseantritts bzw. der Einreise ist auf Verlangen glaubhaft zu machen.

Wenn sich der vorübergehende Auslandsaufenthalt über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus verlängert, kann vor deren Ablauf die Vertragsdauer bis zur tariflichen Höchstversicherungsdauer ausgedehnt werden. Bei einer Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach dem Tag der Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

Im Rahmen von Sondervereinbarungen, die mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. als Versicherungsnehmer zum Zweck der Versicherung von Personengruppen abgeschlossen werden, sind abweichende Vereinbarungen über das Zustandekommen und die Verlängerung der einzelnen Versicherungsverhältnisse sowie über die Beitragszahlung möglich.

- (2) Versicherungsbestätigungen werden nur aufgrund besonderer Vereinbarung ausgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und Ähnliches werden nicht erstattet.

Heilmittel müssen von einem der unter Absatz 2 aufgeführten Therapeuten bzw. von einem staatlich geprüften Masseur, von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister oder – bei Leistungserbringung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland – gegebenenfalls von einem entsprechend qualifizierten Behandelnden erbracht werden.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.

- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist;

- b) vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen;

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eintritt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorseht;

- e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt.

Die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel werden auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet;

- f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

- h) für Beseitigung von Schönheitsfehlern oder körperlichen Anomalien, für Impfungen, Desinfektionen, ärztliche Gutachten, Atteste oder für Pflegepersonal außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung, soweit derartige nicht ausdrücklich tariflich vorgesehen sind;

- i) für Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, dieser ist unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten;

- j) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung);

- k) für Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;

- l) für Inlays, Zahnersatz, Zahnkronen oder Kieferregulierung, sofern der Tarif hierfür nicht ausdrücklich Leistungen vorsieht;

- m) für eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die regelrecht verlaufende Entbindung. Bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen;

- (2) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben. Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Absatz 1 Buchstaben j) und k) nicht berührt.

- (3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Personen zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigte für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben und war dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt, so gilt dieser Kurs.

- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Wünscht der Versicherungsnehmer Überweisungen ins Ausland oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In einigen Fällen ist neben der Originalrechnung noch ein Nachweis bzw. eine Bescheinigung mit vorzulegen, die nicht vom Ehe- oder Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ausgestellt sein dürfen. Hierbei handelt es sich um folgende zusätzliche Nachweise bzw. Bescheinigungen:
- ein vor dem Rücktransport ausgestellter ärztlicher Nachweis über dessen medizinische Notwendigkeit;
 - bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Anhang) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) 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.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags, mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Rücktransports.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Versicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen längstens für weitere 90 Tage, sofern die Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

§ 9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrags zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist der Mehrbeitrag für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrags auf Verlängerung zu entrichten. Im Rahmen von Sondervereinbarungen mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. sind abweichende Regelungen möglich.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ist der Versicherungsnehmer ein Unternehmen, das die Versicherung für einen seiner Mitarbeiter abgeschlossen hat, so trifft diese Pflicht auch diesen Mitarbeiter und die betroffenen versicherten Personen. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Sofern bei Vertragsabschluss noch nicht geschehen, ist dem Versicherer auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei den in § 213 VVG (siehe Anhang) genannten Personen und Stellen einzuholen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 4 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) 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 aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§ 15 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Tarifblatt AIDWORKER24-DR (AW 24-DR)

Auslandskrankenversicherung für Dienstreisen bis 42 Tage

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG.

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrags versicherbaren Personen versichert sein, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers innerhalb eines Versicherungsjahres einmalig oder mehrmalig bis zu einer Dauer von jeweils maximal 42 Tagen ins Ausland reisen.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

- Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
- Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) gelten als Ausland alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

III. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

- bei ambulanter Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für**
 - ärztliche Leistungen
 - Arzneien und Verbandmittel
 - behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen und ärztlich verordnete Gehstützen sowie folgende Hilfsmittel, soweit sie unfallbedingt benötigt werden:
 - Sehhilfen bis zu 150€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - Krankenfahrstühle bis zu 675€
 - orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75 € je Versicherungsfall
 - Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100 %
 - ärztlich verordnete Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
 - Röntgendiagnostik
 - Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes
 - Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Die Erstfeststellung eines psychischen Leidens wird bis zu 2.000€ erstattet. Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
 - Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.
- bei stationärer Heilbehandlung zu 100 % die Aufwendungen für**
 - ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus
 - Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

- 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
- 2.1.2 belegärztliche Leistungen
- 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km

Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

- 2.3 Die versicherte Person kann bei einer stationären Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland Kontakt zum Versicherer herstellen mit der Folge, dass dieser vor Ort die Prüfung der Heilbehandlung und eine besonders enge persönliche Begleitung der Versicherungsfälle veranlasst. Im Falle der Leistungspflicht können die Rechnungen direkt vor Ort beglichen werden.
- 2.4 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

- 3.1 Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zu 100 %
- 3.2 unfallbedingten Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80 %, höchstens 2.500€ je Versicherungsfall.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

4. bei Transporten

- 4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn
 - 4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn
 - 4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn
 - 4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransports übersteigen würden, zu 100 %.

In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000€ erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

- 4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung versicherter Kinder unter 16 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000€.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

- 4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.4 die nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehenden Kosten der Reise des Ehegatten, Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades an den Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen voraussichtlich übersteigen wird, bis zu 500€.

5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€

6. durch Selbstmord oder Selbstmordversuch

entstehende Kosten im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010)

IV. Weiterversicherungsrecht

Hat der Versicherungsschutz mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden und scheidet der Versicherte aus dem Gruppenvertrag aus, so hat er, sofern er über einen Wohnsitz sowie eine Kontoverbindung in der Bundesrepublik Deutschland verfügt, das Recht auf Aufnahme in den Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

V. Einschränkung der Leistungspflicht

Abweichend von § 5 Absatz 1a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Leistungspflicht auch in den Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) AIDWORKER 24-DR (AW 24-DR)

Für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Vertragsdauer

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

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:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung;
- b) der Tod.
- (2) Der Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (3) Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch nicht ihren überwiegenden Aufenthalt hat.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherte Personen, die sich in einem Land aufhalten, für das erst nach Beginn des Versicherungsschutzes eine Reisewarnung ausgesprochen wird, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag zustande kommt, beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor der Ausreise. Als Versicherungsbeginn muss immer der erste Tag der Auslandsreise angegeben werden.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Zustandekommen des Versicherungsvertrags

- (1) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag jeweils nach Ablauf einer eventuellen Widerrufsfrist nach § 8 VVG (siehe Anhang) wie folgt zustande kommen.

- a) Der Versicherungsvertrag kommt durch die Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordrucks (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrags als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrags, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Vordrucks.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordrucks.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für Personen, die die Voraussetzungen der Aufnahmefähigkeit gemäß den tariflichen Bestimmungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrags zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch ein Beitrag gezahlt, wird dieser – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – auf Antrag zurückgezahlt.

Für einen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland muss der Versicherungsvertrag vor Reiseantritt abgeschlossen werden, für einen Aufenthalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland spätestens einen Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn eine Beitragszahlung erfolgt ist. Der gezahlte Beitrag wird dann – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zurückgezahlt. Das Datum des Reiseantritts bzw. der Einreise ist auf Verlangen glaubhaft zu machen.

Wenn sich der vorübergehende Auslandsaufenthalt über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus verlängert, kann vor deren Ablauf die Vertragsdauer bis zur tariflichen Höchstversicherungsdauer ausgedehnt werden. Bei einer Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach dem Tag der Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

Im Rahmen von Sondervereinbarungen, die mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. als Versicherungsnehmer zum Zweck der Versicherung von Personengruppen abgeschlossen werden, sind abweichende Vereinbarungen über das Zustandekommen und die Verlängerung der einzelnen Versicherungsverhältnisse sowie über die Beitragszahlung möglich.

- (2) Versicherungsbestätigungen werden nur aufgrund besonderer Vereinbarung ausgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und Ähnliches werden nicht erstattet.

Heilmittel müssen von einem der unter Absatz 2 aufgeführten Therapeuten bzw. von einem staatlich geprüften Masseur, von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister oder – bei Leistungserbringung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland – gegebenenfalls von einem entsprechend qualifizierten Behandelnden erbracht werden.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist;
 - b) vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist.

Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt.

Die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel werden auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet;

- f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - h) für Beseitigung von Schönheitsfehlern oder körperlichen Anomalien, für Impfungen, Desinfektionen, ärztliche Gutachten, Atteste oder für Pflegepersonal außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung, soweit derartige nicht ausdrücklich tariflich vorgesehen sind;
 - i) für Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, dieser ist unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten;
 - j) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung);
 - k) für Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
 - l) für Inlays, Zahnersatz, Zahnkronen oder Kieferregulierung, sofern der Tarif hierfür nicht ausdrücklich Leistungen vorsieht;
 - m) für eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die regelrecht verlaufende Entbindung. Bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen;
- (2) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben. Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Absatz 1 Buchstaben j) und k) nicht berührt.
 - (3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 - (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 - (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigte für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben und war dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Wünscht der Versicherungsnehmer Überweisungen ins Ausland oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In einigen Fällen ist neben der Originalrechnung noch ein Nachweis bzw. eine Bescheinigung mit vorzulegen, die nicht vom Ehe- oder Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ausgestellt sein dürfen. Hierbei handelt es sich um folgende zusätzliche Nachweise bzw. Bescheinigungen:
 - a) ein vor dem Rücktransport ausgestellter ärztlicher Nachweis über dessen medizinische Notwendigkeit;

- b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Anhang) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) 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.

§8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags, mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Rücktransports.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Versicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen längstens für weitere 90 Tage, sofern die Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

§9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrags zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist der Mehrbeitrag für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrags auf Verlängerung zu entrichten. Im Rahmen von Sondervereinbarungen mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. sind abweichende Regelungen möglich.

§10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ist der Versicherungsnehmer ein Unternehmen, das die Versicherung für einen seiner Mitarbeiter abgeschlossen hat, so trifft diese Pflicht auch diesen Mitarbeiter und die betroffenen versicherten Personen. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Sofern bei Vertragsabschluss noch nicht geschehen, ist dem Versicherer auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei den in § 213 VVG (siehe Anhang) genannten Personen und Stellen einzuholen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 4 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§12 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) 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 aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§13 Aufrechnung

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

§14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§15 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.

- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Tarifblatt AIDWORKER-EH (AW-EH)

Auslandskrankenversicherung für Entwicklungshelfer und sonstige Helfer im Ausland, die unter das deutsche Entwicklungshelfergesetz (EhFG) fallen

Krankheitskosten-Risiko-Gruppenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung während langfristiger Auslandsaufenthalte (2013)

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrags versicherbaren Personen versichert sein, die unter das deutsche Entwicklungshelfergesetz (EhFG) fallen und auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet weltweiten Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist. Die Dauer verlängert sich, wenn
 - 2.1 die Wiederausreise aus medizinischen Gründen unzumutbar ist. Von einer Unzumutbarkeit ist auszugehen, wenn der Versicherte entweder nicht transportfähig ist oder die Wiederausreise zu gravierenden Gefahren für Leib und Leben führen würde;
 - 2.2 der Entwicklungshelfer seinen Aufenthalt im Einsatzland auf Weisung des Versicherungsnehmers aus politischen Gründen (Krisensituationen) vorübergehend abbrechen muss.
- 2.3 In den Fällen nach Absatz 2.1 und 2.2 endet der Versicherungsschutz aber jedenfalls mit Beendigung des Entwicklungshelfervertrags.
- 2.3 Für die Zeit der Vorbereitung auf den Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz auch im Ausreiseland, wenn für den Versicherten kein anderweitiger Versicherungsschutz existiert und keine Versicherungspflicht im Ausreiseland besteht.

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind:

1. **bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für**
 - 1.1 ärztliche Leistungen zu 100 %
 - 1.2 Hebammenleistungen zu 100 %. Für die ambulante Vor- und Nachsorge bei stationärer Geburt werden maximal 200€ erstattet.
 - 1.3 verordnete Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
 - 1.4 verordnete Heilmittel zu 100 %
- Erstattungsfähig sind insofern:
 - 1.5 Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.
 - 1.5 verordnete Hilfsmittel in folgendem Umfang:
 - 1.5.1 Sehhilfen bis zu 200€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - 1.5.2 Krankenfahrräder bis zu 675€
 - 1.5.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ einmal je Versicherungsjahr
 - 1.5.4 Bei medizinischer Notwendigkeit sind außerdem ausschließlich erstattungsfähig Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel und Hörgeräte in einfacher Ausführung. Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central bezogen werden:
 - Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herzrhythmusfunktion von Kleinkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.
- Für alle hier aufgeführten Hilfsmittel gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Ist eine Miete möglich, sind ausschließlich die Aufwendungen für die Miete des medizinisch erforderlichen Hilfsmittels in einfacher Ausführung erstattungsfähig.
- 1.6 Wegegehühren des nächsterreichbaren Arztes zu 100 %
- 1.7 Psychotherapie, höchstens für 20 Sitzungen je Versicherungsjahr

- 1.8 gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen) zu 100 %
- 1.9 Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung) sowie sonstige für eine geplante Reise erforderliche bzw. vorgeschriebene Schutzimpfungen zu 100 %
- 1.10 Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung) einer verheirateten versicherten Person nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Versicherer zu 50 %
- 1.11 medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation zu 100 %
- 1.12 Ergibt sich nach einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt die ärztlich attestierte Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege eines Versicherten von qualifiziertem Fachpersonal, wird dafür für längstens 30 Tage ein Erstattungsbetrag für nachgewiesene Kosten in Höhe von maximal 50€ pro Tag zur Verfügung gestellt, sofern die Höchstleistung pro Versicherungsfall noch nicht erreicht ist.
- Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
- Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

2. bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburts die Aufwendungen für

- 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus zu 100 %
- Für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus auch für eine Begleitperson übernommen.
- Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt eine Erstattung der Aufwendungen für:

- 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
- 2.1.2 Leistungen einer Beleghebamme.
- 2.2 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie und Psychoanalyse sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig.
- 2.3 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.
- Bei einer stationären Heilbehandlung kann anstelle der Erstattung für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus die Übernahme der Kosten für häusliche medizinische Betreuung bis zu 2.000€ gewählt werden, sofern diese Betreuung in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung anstelle eines ansonsten medizinisch erforderlichen weiteren Krankenhausaufenthalts erfolgt, ärztlich verordnet ist und von einer qualifizierten Betreuungskraft (Krankenschwester oder Pfleger) durchgeführt wird.

3. bei zahnärztlicher Behandlung 50 % des Rechnungsbetrags bis 1.300€ pro Person innerhalb eines Versicherungsjahres für

- 3.1 Zahnbehandlung (außer Inlays und Zahnkronen aller Art).
- 3.2 Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen aller Art sowie Zahn- und Kieferregulierung, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen.
- Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
- ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

4. bei Transporten

- 4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist zu 100 %.
- Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
- 4.2 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.3 im Falle einer versicherten Schwangerschaft und Entbindung die Kosten von Hin- und Rückflug ins Ausreiseland in der günstigsten Klasse zu 80 %, maximal jedoch 2.000€, wenn die Geburt nicht im Einsatzland erfolgen soll. Diese Leistung entfällt, wenn auf Grund der Schwangerschaft ein medizinisch notwendiger Rücktransport gemäß II. Absatz 4.1 erfolgte.

5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€.
6. **Durch Selbstmord oder Selbstmordversuch entstehende Kosten** sind im Rahmen der unter III. Absatz 1 bis 5 genannten Leistungen und Leistungsgrenzen erstattungsfähig.

7. Die Leistungen unter III Ziffer 1 und 2 sind – soweit sie den Leistungen des SGB V entsprechen – begrenzt auf eine Erstattung von höchstens 2.556,46€ je Versicherungsfall.

IV. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß §2 Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013), es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
2. Bei einer Änderung der Beiträge gemäß § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) können auch die betragsmäßig festgestellten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen sowie Pauschalbeträge geändert werden. Die geänderten Beträge werden mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Abweichend von §2 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) ist eine Mindestdauer von drei Monaten nicht erforderlich.
4. Anstelle des §2 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) gilt die folgende Formulierung: Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Weiterhin steht der Geburt eines Kindes die Übernahme eines Pflegekindes gleich, sofern für das Kind ein Kindergeldanspruch besteht. Der Versicherungsschutz für adoptierte Kinder sowie Pflegekinder im Ausland beginnt ab dem Zeitpunkt der Kindergeldzahlung.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
AIDWORKER-EH (AW-EH)**

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland (siehe jedoch auch Absatz 4 Satz 4). Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen, dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

- (2) Erfolgt mit der Anmeldung zur Versicherung eine Gesundheitsprüfung und werden aufgrund dieser erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Anmeldung, der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung, den gewählten Tarifen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die vor Veröffentlichung der Reisewarnung bereits in diese Länder ausgereist sind, sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.

- (5) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.

- (6) Der Hauptversicherte kann für die Zeit nach Beendigung des Auslandsaufenthalts als Versicherungsnehmer eine Anwartschaftsversicherung auf Versicherung in einem gleichartigen Tarif beantragen, den der Versicherer hierfür zur Verfügung stellt, sofern die sonstigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung vorliegen. Der Antrag auf Abschluss dieser Anwartschaftsversicherung muss gleichzeitig mit der Anmeldung zur Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags gestellt werden.

§2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags, nicht vor der Ausreise und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Sind

seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer.

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.
- (5) Es gilt eine Wartezeit von acht Monaten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht und hierzu keine andere Regelung trifft. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gilt sie für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes und rechnet vom Beginn der Vertragsänderung an.

§ 3 Anmeldung

Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer zusammen mit dem Hauptversicherten. Soweit eine Risikoprüfung durchgeführt wird, hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuversichernden Personen die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Steht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung kein Arzt oder Zahnarzt zur Verfügung oder sind zur Vornahme der medizinisch erforderlichen Heilbehandlung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Behandelnde berechtigt, sind auch die Leistungen dieser anderen Behandelnden erstattungsfähig. Eine häusliche Behandlungspflege im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung kann durch jede staatlich examinierte Pflegekraft erfolgen. Sind zur Ausübung einer solchen Dienstleistung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Personen berechtigt, sind auch deren Pflegeleistungen erstattungsfähig.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die, soweit vorhanden, den gültigen amtlichen Gebührenordnungen des Landes entsprechen, in dem die Heilbehandlung erfolgt. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

- b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;
 - f) für Behandlungen und die Erbringung sonstiger Leistungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 - (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen.
 - (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Zusatzinformationen).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Eine Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag, wonach die Hauptversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben, gilt als Benennung der empfangsberechtigten Person im Sinne von Satz 2.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für notwendige Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:
 - a) bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellter ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports und/oder eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde bzw. eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtlichen Kosten der stationären Heilbehandlung;
 - b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden

- ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) 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.
- § 8 Ende des Versicherungsschutzes**
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- § 9 Beitragszahlung**
- (1) Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Die Beiträge sind am Monatsersten fällig.
- (2) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Absatz 2 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags führen.
- § 10 Beitragsberechnung**
- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.
- Es gilt immer der Beitrag des jeweils erreichten tariflichen Lebensalters bzw. der jeweils erreichten tariflichen Altersgruppe. Bei Erreichen eines neuen tariflichen Lebensalters bzw. einer neuen tariflichen Altersgruppe ist vom 1. des Folgemonats an der Beitrag für das aktuell erreichte Alter zu zahlen. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Beitragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- § 11 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge**
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
- § 12 Obliegenheiten**
- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- § 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**
- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 12 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.
- § 14 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
- (1) Hat der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Zusatzinformationen), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Hauptversicherten oder einer mitversicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.
- § 15 Aufrechnung**
- Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
- § 16 Ende der Versicherung**
- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
- Beendigung des Auslandsaufenthalts;
 - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
 - dem Tod;
 - Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags;
 - Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 dieser AVB, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) besteht, wird eine Abmeldung nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden;
 - Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.
- (2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenvollversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, 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. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrags entfallen, werden zurückgezahlt. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag – vgl. Absatz 1 Punkt b) –, ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags beantragt werden.
- (6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund von § 11, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt abmelden, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Abmeldung ist auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung möglich.
- § 17 Willenserklärungen und Anzeigen**
- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.
- § 18 Gerichtsstand**
- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

- 1.10 Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung) einer verheirateten Person nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Versicherer zu 50 %
- 1.11 medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation zu 100 %
- 1.12 Ergibt sich nach einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt die ärztlich attestierte Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege eines Versicherten von qualifiziertem Fachpersonal, wird dafür für längstens 30 Tage ein Erstattungsbetrag für nachgewiesene Kosten in Höhe von maximal 50 € pro Tag zur Verfügung gestellt, sofern die Höchstleistung pro Versicherungsfall noch nicht erreicht ist.

Tarifblatt AIDWORKER-PLUS (AW-PLUS)

Auslandskrankenversicherung für Fachkräfte und sonstige Helfer im Ausland, die nicht unter das deutsche Entwicklungshilfegesetz (EhFG) fallen

Krankheitskosten-Risiko-Gruppenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung während langfristiger Auslandsaufenthalte (2013)

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB- AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrags versicherbaren Personen versichert sein, die nicht unter das deutsche Entwicklungshilfegesetz (EhFG) fallen und auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet weltweiten Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

- Abweichend von § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB- AKK-RGR-DRW 2013) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
- Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist. Die Dauer verlängert sich, wenn
 - die Wiederausreise aus medizinischen Gründen unzumutbar ist. Von einer Unzumutbarkeit ist auszugehen, wenn der Versicherte entweder nicht transportfähig ist oder die Wiederausreise zu gravierenden Gefahren für Leib und Leben führen würde;
 - der Entwicklungshelfer seinen Aufenthalt im Einsatzland auf Weisung des Versicherungsnehmers aus politischen Gründen (Krisensituationen) vorübergehend abbrechen muss.

In den Fällen nach Absatz 2.1 und 2.2 endet der Versicherungsschutz aber jedenfalls mit Beendigung des Entwicklungshelfervertrags.

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind:

- bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für**
 - ärztliche Leistungen zu 100 %
 - Hebammenleistungen zu 100 %. Für die ambulante Vor- und Nachsorge bei stationärer Geburt werden maximal 200 € erstattet.
 - verordnete Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
 - verordnete Heilmittel zu 100 %

Erstattungsfähig sind insofern:

 - Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.
- verordnete Hilfsmittel in folgendem Umfang:
 - Sehhilfen bis zu 200 € innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - Krankenfahrstühle bis zu 675 €
 - orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75 € einmal je Versicherungsjahr
 - Bei medizinischer Notwendigkeit sind außerdem ausschließlich erstattungsfähig Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel und Hörgeräte in einfacher Ausführung. Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central bezogen werden:
 - Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herzrätigkeit von Kleinkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungs- und Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.

Für alle hier aufgeführten Hilfsmittel gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Ist eine Miete möglich, sind ausschließlich die Aufwendungen für die Miete des medizinisch erforderlichen Hilfsmittels in einfacher Ausführung erstattungsfähig.
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes zu 100 %
- Psychotherapie, höchstens für 20 Sitzungen je Versicherungsjahr
- gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen) zu 100 %
- Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung) sowie sonstige für eine geplante Reise erforderliche bzw. vorgeschriebene Schutzimpfungen zu 100 %

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

2. bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für

2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus zu 100 %

Für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus auch für eine Begleitperson übernommen.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt eine Erstattung der Aufwendungen für:

2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen

2.1.2 Leistungen einer Beleghebamme.

2.2 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie und Psychoanalyse sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig.

2.3 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann anstelle der Erstattung für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus die Übernahme der Kosten für häusliche medizinische Betreuung bis zu 2.000 € gewählt werden, sofern diese Betreuung in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung anstelle eines ansonsten medizinisch erforderlichen weiteren Krankenhausaufenthalts erfolgt, ärztlich verordnet ist und von einer qualifizierten Betreuungskraft (Krankenschwester oder Pfleger) durchgeführt wird.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

3.1 Zahnbehandlung (außer Inlays und Zahnkronen aller Art)

3.2 Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen aller Art sowie Zahn- und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, zu 50 % bis zu den Höchstsummen der folgenden Staffel:

- bei einem durch Unfall verursachten Versicherungsfall 2.500 €,

in allen anderen Versicherungsfällen:

- in allen anderen Versicherungsfällen 1.300 € je Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistungen für Zahnbehandlung (III. Abs. 3.1) im selben Versicherungsjahr

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

4. bei Transporten

4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn

4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn

4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn

4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransports übersteigen würden, zu 100 %.

In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000 € erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zur Rücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000 €.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen

- digen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.
- 4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.4 im Fall einer versicherten Schwangerschaft und Entbindung die Kosten von Hin- und Rückflug ins Ausreiseland in der günstigsten Klasse zu 80 %, maximal jedoch 2.000€, wenn die Geburt nicht im Einsatzland erfolgen soll. Diese Leistung entfällt, wenn auf Grund der Schwangerschaft ein medizinisch notwendiger Rücktransport gemäß II. Absatz 4.1 erfolgte.
5. **im Todesfall**
- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€.
6. **Durch Selbstmord oder Selbstmordversuch entstehende Kosten** sind im Rahmen der unter III. Absatz 1 bis 5 genannten Leistungen und Leistungsgrenzen erstattungsfähig.

IV. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013), es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
2. Bei einer Änderung der Beiträge gemäß § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) können auch die betragsmäßig festgestellten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen sowie Pauschalbeträge geändert werden. Die geänderten Beträge werden mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Abweichend von § 2 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) ist eine Mindestdauer von drei Monaten nicht erforderlich.
4. Anstelle des § 2 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) gilt die folgende Formulierung: Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Weiterhin steht der Geburt eines Kindes die Übernahme eines Pflegekindes gleich, sofern für das Kind ein Kindergeldanspruch besteht. Der Versicherungsschutz für adoptierte Kinder sowie Pflegekinder im Ausland beginnt ab dem Zeitpunkt der Kindergeldzahlung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) AIDWORKER-PLUS (AW-PLUS)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland (siehe jedoch auch Absatz 4 Satz 4). Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- 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:
- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
 - gezielte Vorsorgeuntersuchungen, dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
 - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (2) Erfolgt mit der Anmeldung zur Versicherung eine Gesundheitsprüfung und werden aufgrund dieser erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Anmeldung, der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung, den gewählten Tarifen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die vor Veröffentlichung der Reisewarnung bereits in diese Länder ausgereist sind, sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.

- (5) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.
- (6) Der Hauptversicherte kann für die Zeit nach Beendigung des Auslandsaufenthalts als Versicherungsnehmer eine Anwartschaftsversicherung auf Versicherung in einem gleichartigen Tarif beantragen, den der Versicherer hierfür zur Verfügung stellt, sofern die sonstigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung vorliegen. Der Antrag auf Abschluss dieser Anwartschaftsversicherung muss gleichzeitig mit der Anmeldung zur Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags gestellt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags, nicht vor der Ausreise und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Sind seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.
- (5) Es gilt eine Wartezeit von acht Monaten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht und hierzu keine andere Regelung trifft. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gilt sie für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes und rechnet vom Beginn der Vertragsänderung an.

§ 3 Anmeldung

Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer zusammen mit dem Hauptversicherten. Soweit eine Risikoprüfung durchgeführt wird, hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuversichernden Personen die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Steht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung kein Arzt oder Zahnarzt zur Verfügung oder sind zur Vornahme der medizinisch erforderlichen Heilbehandlung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Behandelnde berechtigt, sind auch die Leistungen dieser anderen Behandelnden erstattungsfähig. Eine häusliche Behandlungspflege im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung kann durch jede staatlich examinierte Pflegekraft erfolgen. Sind zur Ausübung einer solchen Dienstleistung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Personen berechtigt, sind auch deren Pflegeleistungen erstattungsfähig.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die, soweit vorhanden, den gültigen amtlichen Gebührenordnungen des Landes entsprechen, in dem die Heilbehandlung erfolgt. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;
 - für Behandlungen und die Erbringung sonstiger Leistungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Zusatzinformationen).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Eine Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag, wonach die Hauptversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben, gilt als Benennung der empfangsberechtigten Person im Sinne von Satz 2.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuestem Stand. Würden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für notwendige Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunahmen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:
- bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellter ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports und/oder eine

ärztliche Bescheinigung darüber, dass die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde bzw. eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtlichen Kosten der stationären Heilbehandlung;

- bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) 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.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Die Beiträge sind am Monatsersten fällig.
- (2) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Absatz 2 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags führen.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es gilt immer der Beitrag des jeweils erreichten tariflichen Lebensalters bzw. der jeweils erreichten tariflichen Altersgruppe. Bei Erreichen eines neuen tariflichen Lebensalters bzw. einer neuen tariflichen Altersgruppe ist vom 1. des Folgemonats an der Beitrag für das aktuell erreichte Alter zu zahlen. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 11 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 12 Obliegenheiten

- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 12 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§ 14 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Zusatzinformationen), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Hauptversicherten oder einer mitversicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 16 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
 - a) Beendigung des Auslandsaufenthalts;
 - b) Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
 - c) dem Tod;
 - d) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags;
 - e) Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 dieser AVB, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) besteht, wird eine Abmeldung nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden;
 - f) Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.
- (2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankensicherungsspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenvollversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, 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. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrags entfallen, werden zurückgezahlt. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Nötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag – vgl. Absatz 1 Punkt b) –, ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags beantragt werden.
- (6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

- (7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund von § 11, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt abmelden, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Abmeldung ist auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung möglich.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§ 18 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Tarifblatt AIDWORKER-PLUS-RK (AW-PLUS-RK)

Auslandskrankenversicherung für Fachkräfte und sonstige Helfer im Ausland, die im Einsatzland für die Dauer des versicherten Auslandsaufenthaltes Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben

Krankheitskosten-Risiko-Gruppenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung während langfristiger Auslandsaufenthalte (2013)

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrages versicherbaren Personen versichert sein, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen und die im Einsatzland für die Dauer des versicherten Auslandsaufenthaltes Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden, wenn sie ebenfalls für die Dauer des versicherten Auslandsaufenthaltes Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet weltweiten Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist mit Ausnahme von Deutschland (vgl. Nr. 3). Die Dauer verlängert sich, wenn
 - 2.1 die Wiederausreise aus medizinischen Gründen unzumutbar ist. Von einer Unzumutbarkeit ist auszugehen, wenn der Versicherte entweder nicht transportfähig ist oder die Wiederausreise zu gravierenden Gefahren für Leib und Leben führen würde;
 - 2.2 der Entwicklungshelfer seinen Aufenthalt im Einsatzland auf Weisung des Versicherungsnehmers aus politischen Gründen (Krisensituationen) vorübergehend abbrechen muss.In den Fällen nach Absatz 2.1 und 2.2 endet der Versicherungsschutz aber jedenfalls mit Beendigung des Entwicklungshelfervertrages.
3. Im Falle eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland (Reiseunterbrechung) ruht der Versicherungsschutz für dessen Dauer.

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind:

1. **unter Anrechnung der Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die zunächst in Anspruch zu nehmen ist, bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für**
 - 1.1 ärztliche Leistungen zu 100 %
 - 1.2 Hebammenleistungen zu 100 %. Für die ambulante Vor- und Nachsorge bei stationärer Geburt werden maximal 200€ erstattet.
 - 1.3 verordnete Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
 - 1.4 verordnete Heilmittel zu 100 % Erstattungsfähig sind insofern: Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.
 - 1.5 verordnete Hilfsmittel in folgendem Umfang:
 - 1.5.1 Sehhilfen bis zu 200€ innerhalb von zwei Versicherungsjahren
 - 1.5.2 Krankenfahrräder bis zu 675€
 - 1.5.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ einmal je Versicherungsjahr

- 1.5.4 Bei medizinischer Notwendigkeit sind außerdem ausschließlich erstattungsfähig Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel und Hörgeräte in einfacher Ausführung. Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Central bezogen werden:

Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herzrätigkeit von Kleinkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.

Für alle hier aufgeführten Hilfsmittel gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Ist eine Miete möglich, sind ausschließlich die Aufwendungen für die Miete des medizinisch erforderlichen Hilfsmittels in einfacher Ausführung erstattungsfähig.

- 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes zu 100 %
- 1.7 Psychotherapie, höchstens für 20 Sitzungen je Versicherungsjahr
- 1.8 gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen) zu 100 %
- 1.9 Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung) sowie sonstige für eine geplante Reise erforderliche bzw. vorgeschriebene Schutzimpfungen zu 100 %
- 1.10 Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung) einer verheirateten versicherten Person nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Versicherer zu 50 %
- 1.11 medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation zu 100 %
- 1.12 Ergibt sich nach einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt die ärztlich attestierte Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege eines Versicherten von qualifiziertem Fachpersonal, wird dafür für längstens 30 Tage ein Erstattungsbetrag für nachgewiesene Kosten in Höhe von maximal 50€ pro Tag zur Verfügung gestellt, sofern die Höchstleistung pro Versicherungsfall noch nicht erreicht ist.
- Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70 % der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

2. unter Anrechnung der Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für

- 2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus zu 100 %
- Für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus auch für eine Begleitperson übernommen.
- 2.2 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie und Psychoanalyse sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig
- 2.3 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.
- Bei einer stationären Heilbehandlung kann anstelle der Erstattung für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus die Übernahme der Kosten für häusliche medizinische Betreuung bis zu 2.000€ gewählt werden, sofern diese Betreuung in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung anstelle eines ansonsten medizinisch erforderlichen weiteren Krankenhausaufenthaltes erfolgt, ärztlich verordnet ist und von einer qualifizierten Betreuungskraft (Krankenschwester oder Pfleger) durchgeführt wird.

Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70% der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

3. unter Anrechnung der Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

- 3.1 Zahnbehandlung (außer Inlays und Zahnkronen aller Art)
- 3.2 Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen aller Art sowie Zahn- und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, zu 50 % bis zu den Höchstsummen der folgenden Staffeln:
- bei einem durch Unfall verursachten Versicherungsfall 2.500€,
- in allen anderen Versicherungsfällen:**

in allen anderen Versicherungsfällen 1.300€ je Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistungen für Zahnbehandlung (III. Abs. 3.1) im selben Versicherungsjahr

Besteht keine Leistungspflicht der GKV, werden 70% der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

4. bei Transporten

- 4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn
- 4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn
- 4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn
- 4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransportes übersteigen würden, zu 100 %.

In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgehört ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000€ erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

- 4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000€.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

- 4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.
- 4.4 im Falle einer versicherten Schwangerschaft und Entbindung die Kosten von Hin- und Rückflug ins Ausreiseland in der günstigsten Klasse zu 80 %, maximal jedoch 2.000€, wenn die Geburt nicht im Einsatzland erfolgen soll. Diese Leistung entfällt, wenn auf Grund der Schwangerschaft ein medizinisch notwendiger Rücktransport gemäß II. Absatz 4.1 erfolgte.

5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 25.000€
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000€.

6. Durch Selbstmord oder Selbstmordversuch entstehende Kosten

sind im Rahmen der unter III. Absatz 1 bis 5 genannten Leistungen und Leistungsgrenzen erstattungsfähig.

IV. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß §2 Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013), es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
2. Bei einer Änderung der Beiträge gemäß § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) können auch die betragsmäßig festgestellten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen sowie Pauschalbeträge geändert werden. Die geänderten Beträge werden mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
3. Abweichend von §2 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) ist eine Mindestdauer von drei Monaten nicht erforderlich.
4. Anstelle des §2 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) gilt die folgende Formulierung: Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Weiterhin steht der Geburt eines Kindes die Übernahme eines Pflegekindes gleich, sofern für das Kind ein Kindergeldanspruch besteht. Der Versicherungsschutz für adoptierte Kinder sowie Pflegekinder im Ausland beginnt ab dem Zeitpunkt der Adoptiergeldzahlung.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
AIDWORKER-PLUS-RK (AW-PLUS-RK)**

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2013 (AVB-AKK-RGR-DRW 2013) der Central Krankenversicherung AG

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland (siehe jedoch auch Absatz 4 Satz 4). Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen, dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

- (2) Erfolgt mit der Anmeldung zur Versicherung eine Gesundheitsprüfung und werden aufgrund dieser erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den

Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Anmeldung, der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung, den gewählten Tarifen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist. In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die vor Veröffentlichung der Reisewarnung bereits in diese Länder ausgereist sind, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.
- (5) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.
- (6) Der Hauptversicherte kann für die Zeit nach Beendigung des Auslandsaufenthalts als Versicherungsnehmer eine Anwartschaftsversicherung auf Versicherung in einem gleichartigen Tarif beantragen, den der Versicherer hierfür zur Verfügung stellt, sofern die sonstigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung vorliegen. Der Antrag auf Abschluss dieser Anwartschaftsversicherung muss gleichzeitig mit der Anmeldung zur Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags gestellt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags, nicht vor der Ausreise und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Sind seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.
- (5) Es gilt eine Wartezeit von acht Monaten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht und hierzu keine andere Regelung trifft. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gilt sie für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes und rechnet vom Beginn der Vertragsänderung an.

§ 3 Anmeldung

Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer zusammen mit dem Hauptversicherten. Soweit eine Risikoprüfung durchgeführt wird, hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuversichernden Personen die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Steht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung kein Arzt oder Zahnarzt zur Verfügung oder sind zur Vornahme der medizinisch erforderlichen Heilbehandlung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Behandelnde berechtigt, sind auch die Leistungen dieser anderen Behandelnden erstattungsfähig. Eine häusliche Behandlungspflege im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung kann durch jede staatlich examinierte Pflegekraft erfolgen. Sind zur Ausübung einer solchen Dienstleistung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Personen berechtigt, sind auch deren Pflegeleistungen erstattungsfähig.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den

Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die, soweit vorhanden, den gültigen amtlichen Gebührenordnungen des Landes entsprechen, in dem die Heilbehandlung erfolgt. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;
 - f) für Behandlungen und die Erbringung sonstiger Leistungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Zusatzinformationen).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Eine Vereinbarung im Gruppenversicherungsvertrag, wonach die Hauptversicherten einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben, gilt als Benennung der empfangsberechtigten Person im Sinne von Satz 2.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.

- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für notwendige Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:
- bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellter ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports und/oder eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde bzw. eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtlichen Kosten der stationären Heilbehandlung;
 - bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach §195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) 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.

§8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

§9 Beitragszahlung

- (1) Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Die Beiträge sind am Monatsersten fällig.
- (2) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§37 Absatz 2 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags führen.

§10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es gilt immer der Beitrag des jeweils erreichten tariflichen Lebensalters bzw. der jeweils erreichten tariflichen Altersgruppe. Bei Erreichen eines neuen tariflichen Lebensalters bzw. einer neuen tariflichen Altersgruppe ist vom 1. des Folgemonats an der Beitrag für das aktuell erreichte Alter zu zahlen. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§11 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§12 Obliegenheiten

- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in §28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in §12 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in §12 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des §28 Absatz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§14 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß §86 VVG (siehe Zusatzinformationen), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Hauptversicherte oder eine mitversicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Hauptversicherten oder einer mitversicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist.

§16 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
- Beendigung des Auslandsaufenthalts;
 - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
 - dem Tod;
 - Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags;
 - Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß §2 Absatz 1 dieser AVB, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach §193 Absatz 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) besteht, wird eine Abmeldung nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden;
 - Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.
- (2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenvollversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, 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. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrags entfallen, werden zurückgezahlt. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag – vgl. Absatz 1 Punkt b) –, ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags beantragt werden.
- (6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund von § 11, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt abmelden, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Abmeldung ist auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung möglich.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§ 18 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Zusatzinformationen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

- (1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen 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 zudem 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 Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Abs. 1 S. 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das Bundesministerium der Justiz aufgrund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. 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 § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
 3. [...]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung des Versicherers

- (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) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 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 Sinne 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.

§ 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 Falle 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 t, 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.

§ 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 infolgedessen 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. 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 Euro 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 Euro. 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.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
 - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass
 1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
 2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
 3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

- (1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.
- (2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.
- (3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- (4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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.

Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

Die Datenschutz-Grundsätze der Central Krankenversicherung AG

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Als Ihr Versicherungsunternehmen achten wir stets auf einen sicheren und sorgfältigen Umgang mit Ihren Daten, die Sie uns anvertraut haben.

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln. Unsere EDV entspricht dem aktuellen Stand der Technik. Über die Wahrung unserer Datenschutz-Grundsätze sowie die Einhaltung der entsprechenden Vorschriften wacht unser Datenschutzbeauftragter.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

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 für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche 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. Die datenschutzrechtlichen Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.central.de/Datenschutz abrufen.

Ebenfalls im Internet unter www.central.de/Datenschutz können Sie Listen der Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe abrufen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus und übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, Telefon 02 21 - 16 36-0, Fax 02 21 - 16 36-200.

Verantwortliche Stelle

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch die Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln (verantwortliche Stelle).

Ihre Rechte

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 unter der o.g. Anschrift direkt gegenüber der Central Krankenversicherung AG geltend machen. Falls Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich auch direkt an den Datenschutzbeauftragten der Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, Telefon 02 21 - 16 36-27 30 wenden.

DR. WALTER
weltweit gut versichert



Dr. Walter GmbH
Versicherungsmakler
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-
Seelscheid

T +49 (0) 22 47 91 94 -0
F +49 (0) 22 47 91 94 -20

info@dr-walter.com
www.dr-walter.com