

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R) für die Krankheitskostenversicherung bei Reisen

Teil I: Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) 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. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.
- (5) Versicherungsfähig sind Personen bis zu dem im Tarif festgesetzten Höchstalter, die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.
- (2) Auslandsreisen, bei denen die Ausreise aus der BRD bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- (3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet (z.B. Erkrankungen, die bereits vor Reisebeginn behandlungsbedürftig werden).

§ 3 Abschluß und Dauer der Versicherungsverträge

- (1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines. Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren (§ 8 Abs. (2)) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.
- (3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten (vgl. Abs. 5) und Krankengeschichten führen.
- (4) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt folgendes:
 - a) Der Rücktransport eines Erkrankten muß medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen.
 - b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.
 - c) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewendet 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - b) für bei der Reise durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursachte Krankheiten/Unfälle mitsamt deren Folgen oder Todesfälle;
 - c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
 - f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
 - g) für Hilfsmittel;
 - h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - j) -entfällt-
 - k) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
 - l) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - m) für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.