Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

AVB/AK-B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif GesundheitGLOBAL Business Auslandsreise-Krankenversicherung für vom Arbeitgeber ins Ausland gesandte Mitarbeiter

Stand: 01.06.2022, SAP-Nr. 336707, 06.2022

1. Wer ist Versicherungsnehmer und versicherte Person?

1.1 Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, der einen Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat.

1.2 Versicherte Personen sind die Mitarbeiter des Versicherungsnehmers, die dienstlich veranlasst ins Ausland reisen.

2. Was ist versichert?

2.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, die während einer vorübergehenden Dienstreise einer versicherten Person ins Ausland auftreten. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall leistet der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

Eine Dienstreise ist eine auf Weisung des Arbeitgebers erfolgende, vorübergehende, beruflich veranlasste Tätigkeit eines Arbeitnehmers außerhalb seiner regelmäßigen Arbeitsstätte.

2.2 Versicherungsfall ist

a) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (auch von Sportunfällen),
b) die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten, notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten,
c) ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport,
d) der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2.3 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein oder einer Versicherungsbestätigung, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/AK-B, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

2.4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland, sondern als Inland, gilt das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie das Land, in dem sich die regelmäßige Arbeitsstätte der versicherten Person befindet.

2.5 Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Sitz aus Deutschland in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis fort. Der Sitz des Versicherungsnehmers gilt in diesem Fall ebenfalls nicht als Ausland nach Ziffer 2.4.

Erfolgt die Verlegung in einen anderen Staat als die genannten, endet das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt der Verlegung.

2.6 Die Versicherungsfähigkeit ist im Tarif geregelt.

3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsnachweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbestätigung oder einer Annahmeerklärung in Textform). Für Dienstreisen ins Ausland, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Versicherungsschutz für während der Laufzeit hinzukommende Personen besteht ab Zugang der Versicherungsbestätigung, die die Vertragsänderung bestätigt. Für Dienstreisen ins Ausland, die vorher angetreten werden, besteht kein Versicherungsschutz.

4. Wie lange kann der Versicherungsschutz bestehen und wann endet der Versicherungsschutz?

4.1 Die maximale Dauer des Versicherungsschutzes für jede einzelne Dienstreise einer versicherten Person ins Ausland ist im Tarif geregelt.

Die Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrages beträgt ein Jahr.

4.2 Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung der Dienstreise im Ausland unter Berücksichtigung der vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes. Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in das Inland.

Wird der Auslandsaufenthalt über die für die Dienstreise erforderliche Zeit hinaus für private Zwecke (z. B. Urlaub) verlängert, endet der Versicherungsschutz bereits mit Beendigung der für die Dienstreise erforderlichen Zeit.

4.3 Erfordert ein Versicherungsfall, für den ein Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über die in Ziffer 4.1 genannte maximale Dauer hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

5. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

5.1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

5.2 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychotherapeuten oder psychologischen Psychotherapeuten frei.

5.3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 5.2 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Folgende Präparate sind nicht erstattungsfähig: Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Lebensmittel, medizinische Weine sowie Badezusätze. Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern, oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe (z.B. Vitamine, Mineralstoffe oder Aminosäuren) sind.

Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalisch-medizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den unter Ziffer 5.2 aufgeführten Therapeuten erbracht werde sowie Leistungen, die von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Masseuren, Fachkräften für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

5.4 Bei medizinisch notwendiger, stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende

diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

5.5 Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

5.6 Darüber hinaus leistet der Versicherer für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wären.

6. In welchen Fällen besteht keine Leistungspflicht?
6.1 Die Fälle, für die keine Leistungspflicht besteht, sind im Tarif geregelt.

6.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Aufenthaltslandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

6.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

6.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

7. Was tun im Schadenfall?
7.1 Versicherungsleistungen sind beim Versicherer zu beantragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Alle Belege müssen den Namen des Leistungserbringers (siehe Ziffer 5.2), sowie den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person enthalten. Rechnungen müssen zusätzlich die Bezeichnung der behandelten Krankheit, sowie eine detaillierte Auflistung der einzelnen erbachten Leistungen, der hierfür angefallenen Kosten sowie das Datum der Leistungserbringung enthalten. Bei Zahnarztrechnungen ist darüber hinaus auch eine Bezeichnung der behandelten Zahnstellen, sowie der daran vorgenommenen Behandlungen erforderlich. Arzneimittelrechnungen müssen die einzelnen Medikamentennamen und die Preise enthalten. Sie sind zusammen mit der zugehörigen Verordnung des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers einzureichen.

Der Versicherer kann bei Rechnungen und sonstigen Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, die Vorlage der Originalbelege verlangen. Bei Belegen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.

7.2 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen aus § 14 Absatz 1 bis 3 VVG.

7.3 Sieht der Tarif Kostenerstattung bei Krankenrücktransport vor, ist der Rechnung eine ärztliche Bescheinigung beizufügen. Daraus muss die Diagnose (Krankheitsbezeichnung) hervorgehen und weshalb der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

7.4 Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist die amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

7.5 Der Versicherer leistet an die versicherte Person deren jeweilige Versicherungsleistung.

7.6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

7.7 Kosten, die nicht in Euro entstandenen sind, werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

7.8 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen in das Ausland und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

8. Wie erfolgt die Beitragszahlung?
8.1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Er wird ab Versicherungsbeginn berechnet und ist bei Vertragsabschluss fällig. Bei unterjähriger beitragsrelevanter Vertragsänderung (Erhöhung oder Reduzierung der Anzahl der versicherten Personen) ist der anteilige Beitrag für das laufende Versicherungsjahr zum Änderungsdatum fällig. Das ursprüngliche Versicherungsjahr und die ursprünglich vereinbarte Laufzeit ändern sich dadurch nicht. Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres fällig. Die Zahlung erfolgt im Wege eines SEPA-Lastschriftverfahrens. Wird das SEPA-Mandat entzogen, ist eine Weiterführung des Vertrages nicht möglich. Der Vertrag wird zum Ende des laufenden Versicherungsjahres beendet.

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

9. Wie erfolgt die Beitragsberechnung?
Die Berechnung und die Höhe der Beiträge sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

10. Welche Obliegenheiten sind bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?
10.1 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

10.2 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 Umfanges erforderlich ist. Insbesondere ist die versicherte Person verpflichtet, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht abzugeben. Außerdem sind dem Versicherer auf dessen Verlangen Beginn und Ende jeder Dienstreise ins Ausland nachzuweisen.

10.3 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

11. Welche Obliegenheiten hat der Versicherungsnehmer hinsichtlich der Angaben zu den zu versichernden Mitarbeitern?
Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet die Anzahl der Mitarbeiter, die im Versicherungsjahr für Dienstreisen ins Ausland vorgesehen sind, korrekt anzugeben, um dem Versicherer Kenntnis über die Zahl der zu versichernden Personen zu verschaffen. Änderungen in der Anzahl sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Der Versicherungsschutz für die hinzu kommenden Personen beginnt zu den unter Ziffer 3 beschriebenen Bedingungen.

12. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?
Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der in Ziffern 10 oder 11 genannten Obliegenheiten verletzt.

13. Welche Obliegenheiten sind bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten und welche Folgen haben Verletzungen dieser Obliegenheiten?
13.1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer in Textform abzutreten.

13.2 Der Versicherungsnehmer oder die 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.

13.3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in Ziffer 13.1 und 13.2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

13.4 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind Ziffer 13.1 bis 13.3 entsprechend anzuwenden.

14. Wann endet das Versicherungsverhältnis?

14.1 Der Versicherungsvertrag endet

a) hinsichtlich der versicherten Person mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses beim Versicherungsnehmer,
b) hinsichtlich der versicherten Person mit deren Tod,
c) voll umfänglich zum Zeitpunkt der Verlegung des Unternehmenssitzes des Versicherungsnehmers in einen Staat, der weder zur Europäischen Union noch zum Europäischen Wirtschaftsraum gehört
d) voll umfänglich zum Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer seine unternehmerische Tätigkeit aufgibt.

14.2 Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer oder Versicherer vorbehaltlich der Mindestversicherungsdauer des Tarifs mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des Versicherungsjahres gekündigt werden. Unterbleibt diese Kündigung, setzt sich der Versicherungsvertrag für jeweils ein weiteres Jahr fort.

15. Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

16. Wo ist der Gerichtsstand?

16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem sich der Sitz des Versicherungsnehmers befindet.

16.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

16.3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Sitz in einen anderen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Sitz im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

17. Wie können Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen?

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

GesundheitGLOBAL Business Rate for Travel Health Insurance for Employees sent Abroad by the Employer

Last revised: 01.06.2022, SAP No. 336707, 06.2022

1. Who is the policyholder and who is the insured person?

1.1 The policyholder is the employer concluding an insurance contract with the insurance company.

1.2 The insured person is the policyholder's employee travelling abroad on business.

2. What does insurance cover comprise?

2.1 The insurer offers insurance cover in the case of illness, accidents and other events outlined in the contract which arise during a temporary business trip abroad. In the event of a claim arising abroad, the insurer will remunerate the expenses for curative treatment as well as providing any other benefits agreed.

A business trip is a temporary, job-based activity upon instruction by the employer carried out by an employee outside his regular place of work.

2.2 An insurance claim is

a) necessary medical treatment of an insured person owing to illness or the consequences of an accident (including sports accidents),
b) necessary medical treatment owing to pregnancy complications, including preterm deliveries, emergency terminations and miscarriages,
c) medically necessary repatriation of the injured insured person,
d) death.

The insurance claim commences with curative treatment and ends once there is no longer any treatment requirement following medical results. If curative treatment is extended for an illness or the consequences of an accident which has not however been caused by the previous treatment, a new insurance claim arises.

2.3 The scope of insurance cover depends on the insurance application, the insurance policy or confirmation of insurance, special written agreements, the General Insurance Terms and Conditions AVB/AK-B, the insurance tariff and statutory guidelines. The insurance relationship is subject to German law.

2.4 This insurance cover applies abroad. Germany does not apply as abroad, nor does the country which is home to the insured person’s place of work.

2.5 If the policyholder changes his official place of business from Germany to another member state of the European Union or another contracting member state of the European Economic Area, the insurance relationship shall continue. In this case, the policyholder’s official place of business does not apply as abroad as per 2.4.

On deployment in another country than the designated one, the insurance relationship ends upon relocation.

2.6 Insurability is regulated in the insurance tariff.

3. When does insurance cover commence?

Insurance cover commences at the time agreed (commencement of insurance) in the insurance contract, but not before the conclusion of the insurance contract (in particular, access to the insurance policy, confirmation of insurance or a written declaration of acceptance). Insurance cover does not apply for business trips abroad which commence prior to conclusion of the insurance contract.

Insurance cover for persons added during the term shall apply as of receipt of the confirmation of insurance providing confirmation of the amendment to the contract. Insurance cover does not apply for business trips abroad which commence before such confirmation is received.

4. How long can insurance cover last and when does the insurance cover end?

4.1 The maximum duration of insurance cover for each individual business trip abroad by an insured person is regulated in the insurance tariff.

The minimum term of the insurance contract is one year.

4.2 Insurance cover ends – including for pending claims – upon expiry of the business trip abroad taking consideration of any maximum duration of insurance cover outlined in the rate.
A stay abroad is regarded as having ended when the border is crossed back to the home country.

If for private reasons (e.g. holiday), the stay abroad is extended beyond the time required for the business trip, insurance cover ends on conclusion of the time required for the business trip.

4.3 If an incident involving an insurance claim requires more extensive treatment preventing the insured person from returning home from abroad owing to his/her documented inability to travel, insurance cover is extended past the original period of cover (see 4.1) until such a time as the insured person can be transported.

5. What insurance benefits are provided?

5.1 The type and scope of insurance benefits depend on the insurance tariff and these General Insurance Terms and Conditions.

5.2 The insured person is free to choose between doctors, dentists, alternative practitioners, physiotherapists, chiropractors, psychotherapists or psychological psychotherapists qualified to offer curative treatment abroad.

5.3 Medication, bandages, therapeutic products or medical aids must be prescribed by service-providers outlined in 5.2; medication must also be procured from a pharmacy.

The following preparations are not remunerable: food supplements, dietary foods, medical wines or bath additives. Nor are other preparations, medical products or medication remunerable which serve towards generally revitalising, stimulating and increasing sexual potency, weight reduction or body hygiene and care. This shall also apply for all medication, remedies or products used for cosmetic reasons, taken preventively or habitually, which also serve as contraception, suppressing or alleviating biological ageing processes according to the manufacturer, or whose active ingredients primarily comprise micronutrients (e.g. vitamins, minerals or amino acids).

Medicine is defined as the “physical-medical benefits” listed in section E of the German Scale of Medical Fees provided they are performed by therapists as listed in 5.2, and benefits provided by state-examined physiotherapists, masseurs and medical lifeguards, physical therapy specialists, ergotherapists, speech therapists and lymph drainage specialists.

5.4 In the case of medically necessary, in-patient curative treatment, the insured person is free to choose among the generally recognised hospitals abroad which are under permanent medical management, avail of sufficient diagnostic and therapeutic possibilities, and maintain medical records.

5.5 Within the scope of the insurance tariff, the insurer will pay for examination and treatment methods as well as for medication largely recognised by mainstream medicine.

5.6 Furthermore, the insurer will also pay for methods and medication which have proven equally successful in practice or which are applied in the absence of any conventional methods or medication. The insurer can, however, reduce his benefits to the sum which would have been incurred if conventional methods or medicine had been applied.

6. What cases are not covered by the insurance policy?

6.1 Cases not covered by the insurance policy are regulated in the insurance tariff.

6.2 If curative treatment or other measures for which benefits have been agreed exceed what is medically necessary or if the remuneration claim is inappropriate for the circumstances in the country of travel, the insurer may reduce benefits to an appropriate sum.

6.3 If the insured person is entitled to assert claims from statutory accident or pension insurance, statutory medical or accident care, the insurer is only liable for expenses which are necessary despite statutory

benefits. This does not however affect claims on the part of the policyholder for daily hospital benefits.

6.4 If in the event of a claim a third party is liable to reimburse or a claim for compensation can be asserted from other insurance contracts, such performance obligations shall take priority. If the policyholder reports the claim to UKV, the latter will however pay costs in advance within the framework of its obligations.

7. What obligations must be observed in the event of an insurance claim?

7.1 Applications must be made to the insurer for insurance benefits. The insurer is only obliged to provide benefits when evidence requested is provided; such evidence then becomes the property of the insurer.

All records must include the name of the service-provider (see 5.2) as well as the first name, surname and date of birth of the person treated. Bills must also include a description of the illness treated as well as a detailed list of individual benefits provided, the costs incurred and the date on which such benefits were provided. Dental bills must also include an indication of the teeth treated as well as any treatment carried out. Bills for medicine must include the names of medication and prices. They must be submitted along with the respective prescription issued by a doctor, dentist or alternative practitioner.

The insurer may demand the presentation of the original documents in the case of invoices and other documents from which benefits are claimed. Where records are in another language, the insurer may request a translation into German.

7.2 As for the rest, the conditions governing the applicability of benefits as per § 14, sections 1 to 3 of the VVG (German Insurance Contract Act) shall apply.

7.3 If the insurance tariff includes the remuneration of transport costs incurred for repatriation, a medical certificate must be submitted with the bill which indicates a diagnosis (description of illness) necessitating and justifying such repatriation.

7.4 When asserting claims for transport and burial costs, the official death certificate and a medical certificate indicating the cause of death must be submitted.

7.5 The insurer will pay the respective insurance benefit to the insured person.

7.6 Claims for insurance benefits can neither be assigned to third parties nor pledged. The prohibition of assignment according to sentence 1 does not apply to contracts concluded as of 1 October 2021; statutory prohibitions of assignment shall remain unaffected.

7.7 Costs incurred in foreign currency will be converted into Euro at the current daily rate on which receipts are received by the insurer. The daily rate shall apply as the official Euro exchange rate of the Central European Bank. In the case of non-traded currencies for which no reference rates have been specified, the exchange rate shall apply in accordance with the latest version of the “Currency Statistics” published by the Deutsche Bundesbank in Frankfurt/Main unless proof is supplied in the form of bank receipts that the currency required for payment of bills was acquired at a less favourable exchange rate.

7.8 The costs for transferring insurance benefits abroad and for translations may be deducted from the benefits.

8. How are premium payments made?

8.1 The contribution is an annual payment. It is calculated on commencement of insurance and is due on conclusion of the contract. If amendments are made to the insurance contract which are of relevance for the premium (increase or reduction in the number of insured persons), the pro rata premium shall be due for the current insurance year on the date of the amendment. This does not affect the original insurance year and term originally agreed. Subsequent premiums are due at the beginning of the insurance year. Payments are made in the form of SEPA direct debit. If a SEPA direct debit mandate is withdrawn, the contract can not be upheld. The contract will expire to the end of the current insurance year.

8.2 Delayed payment of the first premium or any subsequent premium can lead to the loss of insurance cover on the basis of the conditions laid out in §§ 37 and 38 of the VVG (German Insurance Contract Act).

9. How are premium payments calculated?

The calculation and extent of premiums are specified in the insurer's technical calculation basis.

10. What obligations are to be observed on occurrence of the insured event?

10.1 Where possible, the insured person must ensure that loss is kept to a minimum and that all actions which are a hindrance to recovery are avoided.

10.2 At the request of the insurer, the policyholder and the insured person are to provide the insurer with any information required to determine the insured event or the insurer's obligation to pay benefits and to what extent. In particular, the insured person is committed to submit declarations releasing from the pledge of medical confidentiality. Also at the request of the insurer, the insured person is furthermore to provide evidence of the start and end of every trip to a foreign country.

10.3 At the request of the insurer, the insured person is obliged to undergo a medical examination by a doctor designated by the insurer.

11. What obligations does the policyholder have concerning details on employees to be insured?

The policyholder is obliged to indicate the correct number of employees designated for business trips abroad during the insurance year in order to provide the insurer with knowledge of the number of persons to be insured. The insurer must be notified without delay of any changes to numbers. Insurance cover for additional persons shall commence under the conditions outlined in 3.

12. What consequences does non-observance of obligations have?

The restrictions specified in § 28, sections 2 to 4 of the VVG (German Insurance Contract Act) release the insurer in full or in part from the obligation to provide benefits if the policyholder or insured person violates one of the obligations outlined in 10 or 11 above.

13. What obligations must be observed in the event of claims against third parties and what consequences does violation of these obligations have?

13.1 If the policyholder or an insured person wishes to assert compensation claims against third parties, he/she is obliged to assign these claims to the insurer in writing to the sum of remuneration covered in the insurance contract (remuneration of costs as well as payments in kind and services), regardless of the statutory transmission of claim in accordance with § 86 of the VVG (German Insurance Contract Act).

13.2 The policyholder or the insured person is obliged to secure his/her claim for compensation or safeguard any such claim in compliance with the applicable formal and deadline requirements, and to contribute towards its enforcement by the insurer where necessary.

13.3 If the policyholder or an insured person deliberately violates the obligations outlined in sections 13.1 and 13.2 above, the insurer shall not be obliged to perform to the extent that it can not obtain any compensation from the third party as a consequence. In the event of gross negligent violation of the obligation, the insurer is entitled to reduce his benefits in accordance with the severity of such misconduct.

13.4 If the policyholder or insured person is entitled to reimbursement of sums overpaid to the provider of benefits for whom the insurer has effected compensation benefits based on the insurance contract, sections 13.1 to 13.3 must be applied accordingly.

14. When does the insurance relationship end?

14.1 The insurance contract ends

a) on termination of the employment relationship between the insured person and the policyholder,
b) on the death of the insured person,
c) in full at the time of relocation of the policyholder’s company’s seat of business to a country which is not a member of the European Union or the European Economic Area,
d) in full at the time when the policyholder discontinues his/her entrepreneurial activity.

14.2 The contract can be terminated by the policyholder or insurer subject to the minimum insurance term specified by the insurance tariff by providing one month’s notice to the end of the insurance year. Failing such termination, the insurance contract is automatically extended by one year.

15. What rules apply for declarations of intent and notices?
Declarations of intent and notices against the insurer must be made in writing.

16. Where is the court of jurisdiction?
16.1 For legal action against the policyholder arising from the insurance relationship, the competent court is that at the place where the policyholder has his/her legal residence.

16.2 Legal action against the insurer can be filed at the court where the policyholder has his/her legal establishment or habitual place of residence, or at the court where the insurer has its head office.

16.3 If the policyholder has moved his/her legal residence, or habitual place of residence, to another state which is not a member state of the European Union or a state party to the agreement on the European Economic Area following conclusion of the insurance contract or his/her legal residence or habitual place of residence is not known at the time the action is commenced, the competent court is where the insurer has its head office.

17. How can amendments be made to the General Insurance Terms and Conditions?
If a provision in the General Insurance Terms and Conditions has been declared invalid by a decision of the Supreme Court or a legally binding administrative ruling, the insurer can replace it with a new regulation if this is necessary for continuation of the contract or if adherence to the contract without a new regulation would constitute unreasonable hardness for a party to the contract, even taking consideration of the interests of the other contractual party. The new regulation is only effective if it takes reasonable consideration of the policyholder's interests while maintaining the objective of the contract. It becomes a component of the contract two weeks after the policyholder has been notified of the new regulation and the reasons on which it is based.

Reference to the Consumer Arbitration Board Ombudsman for Private Health and Long-Term Care Insurance

Policyholders who are not satisfied with decisions made by the insurer or whose negotiations with the insurer have not led to the desired result can turn to the Ombudsman for Private Health and Long-Term Care Insurance.

Ombudsman for Private Health and Long-Term Care Insurance
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

The Ombudsman for Private Health and Long-Term Care Insurance is an independent mediation body that works free of charge for consumers. The insurer has undertaken to participate in the conciliation procedure.

Consumers who have concluded their contract online (e.g. via a website) can also contact the platform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ online with their complaint. Their complaint will then be forwarded to the Ombudsman for Private Health and Long-Term Care Insurance via this platform.

Note: The Ombudsman for Private Health and Long-Term Care Insurance is not an arbitration board and cannot make binding decisions on individual disputes.

Reference to the insurance supervisory authority

If policyholders are not satisfied with the service they receive from the insurer or if disagreements arise during the processing of the contract, they can also contact the supervisory authority responsible for the insurer. As an insurance company, the insurer is subject to supervision by the Federal Financial Supervisory Authority.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Note: The BaFin is not an arbitration board and cannot make binding decisions on individual disputes.

Reference to legal recourse

Irrespective of the possibility to turn to the consumer arbitration board or the insurance supervisory authority, the policyholder has the right to take legal recourse.

This is an English translation of the insurance conditions and makes no claims to be either exhaustive or legally binding. The German version alone is legally binding.