Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

AVB/KK-LE Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung für vorübergehend nach Deutschland einreisende Personen (nach Art der Schadenversicherung)

Stand: 01.06.2022, SAP-Nr. 336835, 06.2022

1. Was ist versichert?

1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

1.2 Versicherungsfall ist

a) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (auch von Sportunfällen);
b) sofern der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
c) die medizinisch notwendige Behandlung und Untersuchung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen und die Entbindung;
d) sofern der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ein medizinisch notwendiger Krankenrücktransport,
e) der Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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.

1.3 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-LE, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

1.4 Die Geltung des Versicherungsschutzes regelt sich wie folgt:

a) Versicherte Personen aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union haben Versicherungsschutz für
   - Heilbehandlung in Deutschland,
   - Heilbehandlung in den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union,
   - Heilbehandlung in den Staaten, die den Schengen-Besitzstand in vollem Umfang anwenden.

b) Versicherte Personen aus anderen Staaten als den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union haben Versicherungsschutz für
   - Heilbehandlung in Deutschland,
   - Heilbehandlung in den Staaten, die den Schengen-Besitzstand in vollem Umfang anwenden,
   - Heilbehandlung während einer vorübergehenden, maximal sechs Wochen im Kalenderjahr dauernden Rückkehr ins jeweilige Herkunftsland. Als Herkunftsland gilt das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sich ihr letzter ständiger Wohnsitz vor der Einreise nach Deutschland befand.

1.5 Die Versicherungsfähigkeit ist im Tarif geregelt.

1.6 Der Versicherungsnehmer kann bei befristeten Versicherungsverhältnissen nicht die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG ist ebenfalls ausgeschlossen.

2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

2.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere nicht vor Zugang des Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung in Textform), nicht vor Ablauf von Wartezeiten und nicht vor Einreise nach Deutschland.
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Zugang des Versicherungsscheins eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

2.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz des Neugeborenen umfasst auch Geburtsschäden und angeborene Gebrechen. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.3 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

2.4. Ziffer 2.2 bis 2.3 gelten für die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

3. Welche Wartezeiten bestehen?

Für Entbindung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine Wartezeit von acht Monaten. Für Sehhilfen und andere Hilfsmittel gilt eine Wartezeit von drei Monaten; sie entfällt bei Unfall. Die Wartezeit rechnet ab Versicherungsbeginn.

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

4.1 Der Versicherungsschutz besteht für die im Antrag angegebene Aufenthaltsdauer in Deutschland.
Sollte sich die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland wider Erwarten verlängern, kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf Antrag ausgedehnt werden. Die maximal mögliche Vertragsdauer, inklusive möglicher Verlängerungen, ergibt sich aus dem Tarif. Versicherungszeiten in vergleichbaren Tarifen des Versicherers oder anderer Versicherer werden auf die maximale Versicherungsdauer angerechnet. Der Antrag auf Verlängerung muss dem Versicherer vor Ablauf der ursprünglichen Versicherungsdauer vorliegen.

4.2 Das Ende des Versicherungsschutzes - auch für schwebende Versicherungsfälle - regelt sich wie folgt:

a) Für versicherte Personen aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union endet der Versicherungsschutz, wenn sie sich in keinem der vom Versicherungsschutz gemäß Ziffer 1.4 a) umfassten Staaten mehr aufhalten.
b) Für versicherte Personen aus anderen Staaten als den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union endet der Versicherungsschutz, wenn sie sich in keinen der vom Versicherungsschutz gemäß Ziffer 1.4 b) umfassten Staaten mehr aufhalten. Eine vorübergehende, maximal sechs Wochen im Kalenderjahr dauernde Rückkehr ins jeweilige Herkunftsland beendet den Versicherungsschutz nicht.

4.3 Erfordert ein Versicherungsfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt der ursprünglichen Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

5. Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?
5.1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. Zeitpunkt der Behandlung, des Kaufes der Arzneimittel oder Hilfsmittel, des Krankenhausaufenthaltes.

5.2 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, werden diese auch dann erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten erfolgt. Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung können auch medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen werden.

5.3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 5.2 genannten Leistungserbringern im Gesundheitswesen 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 werden 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 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.

5.5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Ziffer 5.4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

5.6 Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die 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 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.

5.7 Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. 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.

5.8 Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der 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. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

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.

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 den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

6.5 Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

7. Was ist im Schadenfall zu tun?
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 im Gesundheitswesen (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 dem Datum der Leistungserbringung enthalten. Bei Zahnarztrechnungen ist darüber hinaus auch eine Bezeichnung der behandelten Zahnstellen, sowie der daran vorgenommenen Behandlungen enthalten. 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 VVG.

7.3 Sieht der Tarif Kostenerstattung bei Krankenrücktransport vor, ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit mit Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung einzureichen.

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 den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person für deren Versicherungsleistungen als empfangsberechtigte Person in Textform gegenüber dem Versicherer bestimmt, so leistet der Versicherer an diese.

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 ein anderes Land als Deutschland und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

8. Wie erfolgt die Beitragszahlung?
8.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er wird ab Versicherungsbeginn berechnet.

8.2 Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig.

8.3 Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitrag für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitrag für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG stand. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen, Altersumstufungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. § 206 Absatz 1 Satz 1 VVG bleibt unberührt.

8.4 Bei anderen als den in Ziffer 8.3 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

8.6 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

9. Wie erfolgen Beitragsberechnung und Beitragsanpassung?
9.1 Die Berechnung und die Höhe der Beiträge sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

9.2 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen oder tarifliche Höchstbeträge angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

10. Welche Obliegenheiten sind bei Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?
10.1 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 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 des jeweiligen Aufenthaltes nachzuweisen.

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

10.3 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

10.4 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, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

11. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?
11.1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Ziffern 10.1 – 10.4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

11.2 Wird eine der in Ziffer 10.4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

11.3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

12. Welche Obliegenheiten sind bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten und welche Folgen haben Verletzungen dieser Obliegenheiten?
12.1 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.

12.2 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.

12.3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in Ziffer 12.1 und 12.2 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.

12.4 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 12.1 bis 12.3 entsprechend anzuwenden.

13. Wann endet das Versicherungsverhältnis?

13.1 Das Versicherungsverhältnis endet

a) hinsichtlich der versicherten Person bei einer dauerhaften Ausreise aus Deutschland;
b) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, soweit dieser sich hiermit einverstanden erklärt. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis;
c) hinsichtlich der versicherten Person mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit;
d) spätestens mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer unter Berücksichtigung der maximalen Dauer des Versicherungsschutzes;
e) bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherungsnehmer (Ziffer 13.2 – 13.7).

13.2 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis, auch für einzelne versicherte Personen, zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen; die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben.

13.3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

13.4 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 Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

13.5 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß Ziffer 16.1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

13.6 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

13.7 Abweichend von Ziffer 13.2 – 13.6 kann der Versicherungsnehmer ein Versicherungsverhältnis, das der Erfüllung der Versicherungspflicht dient (§ 193 Absatz 3VVG), nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

13.8 Die ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG ausgeschlossen.

14. Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

15. Wo ist der Gerichtsstand?

15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

15.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

15.3 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.

16. Wie können Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen?

16.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesen können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

16.2 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.

AVB/KK-LE General Insurance Terms and Conditions for Medical Insurance for Persons Temporarily Travelling to Germany (similar to indemnity insurance)

Last revised: 01.01.2019, SAP No. 336835, 04.2019

1. What does insurance cover comprise?

1.1 The insurer offers insurance cover in the case of illness, accidents and other events outlined in the contract. Where agreed, the insurer provides additional services which are directly associated with the above. In the event of a claim, the insurer will remunerate the expenses for curative treatment as well as performing any other benefits agreed.

1.2 An insurance claim is

a) medically necessary treatment of an insured person owing to illness or the consequences of an accident (including sports accidents)
b) out-patient examinations for early detection of illnesses in line with state programmes introduced in Germany (specific check-ups) insofar as such services are included within the tariff rate
c) medically necessary treatment and examination owing to pregnancy, prenatal care in line with state programmes introduced in Germany, and delivery
d) medically necessary repatriation insofar as such services are included in the tariff rate
e) death of the insured person, provided such services are agreed.

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.

1.3 The scope of insurance cover depends on the insurance policy, subsequent written agreements, the General Insurance Terms and Conditions AVB/KK-LE, the insurance tariff and statutory guidelines. The insurance relationship is subject to German law.

1.4 Insurance cover is regulated as follows:

a) Insured persons from a member state of the European Union have insurance cover for
   - curative treatment in Germany
   - curative treatment in other member states of the European Union
   - curative treatment in states which fully apply the Schengen acquis.

b) Insured persons from countries other than member states of the European Union have insurance cover for
   - curative treatment in Germany
   - curative treatment in states which fully apply the Schengen acquis
   - curative treatment during a temporary return of maximum six weeks per calendar year to the respective country of origin. A country of origin is regarded as the country whose nationality the insured person has or in which his/her last permanent residence was prior to travelling to Germany.

1.5 Insurability is regulated in the insurance tariff.

1.6 The policyholder can not demand conversion of insurance to identical insurance cover where insurance policies are limited. Conversion of insurance cover to the emergency rate as per § 153 VAG (German Insurance Supervisory Act) is also excluded.

2. When does insurance cover commence?

2.1 Insurance cover commences on the date indicated in the insurance policy (commencement of insurance), but not before conclusion of the insurance contract (in particular, not prior to receipt of the insurance policy or a written declaration of acceptance), not before the expiry of waiting periods and not before entering Germany.
No benefits will be paid for insurance claims arising prior to commencement of insurance cover. Insurance claims arising after receipt of the insurance policy are only excluded from an obligation to pay benefits to the extent to which they occurred prior to commencement of insurance.

2.2 In the case of new-born babies, insurance cover commences following birth without risk surcharges and without waiting periods if on the day of birth one parent is insured by the insurer and the application for insurance is made retroactively no later than two months after the birth. Insurance cover for new-borns also includes birth defects and congenital defects. Insurance cover must not be higher or more comprehensive than that of an insured parent.

2.3 The birth of a child is equal to adoption insofar as the child is still a minor at the time of adoption. Taking consideration of an increased risk, a risk surcharge shall be permissible up to the basic contribution.

2.4. 2.2 to 2.3 above shall not apply for travel health insurance insofar as private or statutory health insurance is available in Germany or abroad for the new-born baby or for the adopted child.

3. What waiting periods apply?

A waiting period of eight months applies for delivery, dental prostheses and orthodontic treatment. A waiting period of three months applies for visual and other aids; this waiting period does not apply in the event of an accident. Waiting periods commence on commencement of insurance.

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

4.1 Insurance cover lasts for the duration of the stay in Germany as indicated in the application.
If the duration of the stay in Germany is extended contrary to expectations, the insurance term originally agreed can be extended by application prior to expiry. The maximum possible insurance term, including any possible extensions, is dependent on the insurance tariff. Insurance terms in comparable tariffs offered by this insurer or other insurers are offset against the maximum insurance term. Applications for extensions must be submitted to the insurer prior to expiry of the original insurance term.

4.2 The expiry of insurance cover – including for pending claims – is regulated as follows:

a) For insured persons from a member state of the European Union, insurance cover expires once they are no longer in one of the countries covered by the insurance as outlined in 1.4 a).
b) For insured persons from countries other than member states of the European Union, insurance cover expires once they are no longer in one of the countries covered by the insurance as outlined in 1.4 b). Insurance cover is not terminated by a temporary return to the respective country of origin lasting maximum six weeks within a calendar year.

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

5. What benefits are provided in the event of an insurance claim?

5.1 The type and scope of insurance benefits depend on the insurance tariff and these General Insurance Terms and Conditions. An obligation to pay remains for any expenses arising during the insurance term. Expenses are regarded as having arisen during the term when causal circumstances occur, e.g. the time of treatment, purchase of medication or aids, or hospitalisation.

5.2 The insured person is free to choose among registered and licenced doctors and dentists.
Insofar as the insurance rate includes benefits for psychotherapy, they will also be provided if treatment is carried out by doctors, licenced medical psychotherapists, psychological psychotherapists or paediatric and youth psychotherapists. In the case of medically necessary curative treatment, medical centres can also be availed of.

5.3 Medication, bandages, therapeutic products or medical aids must be prescribed by service-providers in the health sector 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 prophylactively 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 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 public and private hospitals abroad which are under permanent medical management, avail of sufficient diagnostic and therapeutic possibilities and maintain medical records.

5.5 For medically necessary in-patient curative treatment in hospitals which also offer courses of treatment and/or sanatorium treatment or convalescence but also comply with the conditions in 5.4, the pay scale benefits will only be provided if the insurer has confirmed them in writing prior to commencing treatment. In the case of tuberculosis illnesses, benefits will also be provided for in-patient treatment in tuberculosis sanatoria within the scope of the contract.

5.6 Within the scope of the contract, the insurer will pay for examination or treatment methods and for medication largely recognised by mainstream medicine. The insurer will also pay for methods and medication which have proven to be equally promising in practice or which are applied because no conventional medical methods or medication are available; the insurer can however reduce his benefits to the sum which would have been incurred if existing conventional medical methods had been applied.

5.7 Prior to commencing curative treatment whose costs are likely to exceed 2,000 Euro, the policyholder can request written information on the scope of insurance cover for the prospective curative treatment. The insurer will provide such information within a period of four weeks; if curative treatment is urgent, information will be provided without delay, at the latest after two weeks, whereby the insurer will consider any cost estimates and other documents submitted. The deadline commences on receipt of a request for information by the insurer. If such information has not been provided within the deadline, it will be assumed that the prospective medical curative treatment is necessary until proved otherwise by the insurer.

5.8 At the request of the policyholder or insured person, the insurer will provide information on and access to professional opinions or declarations obtained by the insurer on the necessity of medical treatment while reviewing its obligation to pay. If significant therapeutic reasons or other important reasons prevent the provision of such information to or access by the policyholder or the insured person, a request can only be made to provide the information or access to a doctor or lawyer to be named. This request can only be asserted by the person involved or his/her legal representative. If the policyholder has obtained a professional opinion or declaration at the behest of the insurer, the insurer will remunerate any costs incurred.

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.

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.

6.5 If the insured person is entitled to assert claims against several obligated parties for the same insurance claim, the total reimbursement may not exceed the total expenditures.

7. What happens in the event of a 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 health service-provider (see 5.2) as well as the first name, surname and date of birth of the person treated. Bills must also include the designation 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 of the VVG (German Insurance Contract Act) shall apply.

7.3 If the insurance rate includes the remuneration of costs for repatriation, a medical certificate confirming the medical necessity must be submitted along with an exact description of the illness.

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 pays benefits to the policyholder. If the policyholder specifies in writing the insured person as the person entitled to receive insurance benefits, the insurer will pay benefits to such an insured person.

7.6 Claims for insurance benefits can neither be assigned to third parties nor pledged.

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. For untraded currencies for which reference exchange rates are not specified, the exchange rate shall apply in accordance with "exchange rate statistics", publications by the Deutsche Bundesbank, Frankfurt/Main, in their respectively most recent versions, unless bank receipts are used to prove that the currencies required for payment of invoices have been purchased at an unfavourable exchange rate.

7.8 The costs for transferring insurance benefits to a country other than Germany and for translations may be deducted from the benefits.

8. How are premium payments made?

8.1 The contribution is a monthly payment. It is calculated as of commencement of insurance.

8.2 Unless otherwise agreed, the first premium shall be due without delay two weeks after receipt of the insurance policy. Subsequent contributions shall be due on the first of each month.

8.3 If the policyholder is in default with a sum of two monthly payments regarding medical insurance in compliance with an insurance liability (§ 193, section 3, VVG (German Insurance Contract Act)), the insurer will issue a written warning. For each month or part thereof in which the policyholder is in arrears with his/her contributions, he/she shall pay a late payment fine of 1% of the contributions in arrears. If, two months after receipt of this written warning, the contributions in arrears including the late payment fines exceed the premium payment for one month, the insurer will issue a second written warning indicating the possibility of suspension of the insurance contract. If, one month after receipt of the second written warning, the contributions in arrears including the late payment fines exceed the premium payment for one month, the insurance contract will be suspended as of the first day of the following month. As long as the insurance contract is suspended, the insured person shall be regarded as insured by the emergency insurance rate in accordance with § 153, VAG (German Insurance Supervisory Act). The latest version of

the General Insurance Terms and Conditions for the emergency rate (AVB/NLT) shall apply.
Suspension of the insurance contract does not arise or end if the policyholder or the insured person is or becomes in need of assistance as defined by Volumes II or XII of the German Social Code. This does not change the fact that the contract is continued in the respective insurance rate as of the first day of the month two months after the policyholder or insured person was insured prior to suspension if all premium arrears, late payment fines and recovery costs have been paid. In the case of events as outlined in sentences 7 and 8, the policyholder or insured person must be covered the same way as the policyholder or insured person was covered prior to insurance at an emergency rate in accordance with § 153, VAG (German Insurance Supervisory Act). Adjustments to premiums, age-based reclassifications and amendments to the General Insurance Terms and Conditions made during suspension of the contract and concerning the insurance rate at which the policyholder or insured person was insured prior to suspension shall apply in this insurance rate as of the day on which insurance is recommenced.
A need of assistance must be confirmed by the respective funding body in accordance with Volumes II or XII of the German Social Code; the insurer can request new certificates at reasonable intervals.
Delayed payment of the first premium can lead to the loss of insurance cover on the basis of the conditions laid out in §§ 37 of the VVG (German Insurance Contract Act). § 206, section 1, sentence 1 of the VVG (German Insurance Contract Act) shall remain unaffected.

8.4 Delayed payment of the first premium or any subsequent premium can lead to the loss of insurance cover for insurance policies other than those outlined in 8.3 on the basis of the conditions laid out in §§ 37 and 38 of the VVG (German Insurance Contract Act). If a premium or premium instalment is not paid on time and if the policyholder receives a written warning, he/she shall be obliged to bear the dunning costs arising from the insurance rate.

8.5 If the insurance relationship is terminated prior to expiry of the insurance term, the insurer shall only be entitled to payment for the period in which insurance cover prevailed. If the insurance relationship is terminated by rescission based on § 19, section 2 of the VVG (German Insurance Contract Act) or by an appeal by the insurer due to wilful deception, the insurer shall be entitled to premiums until the rescission or appeal notice has taken effect. If the insurer withdraws from the insurance contract because the first premium payment is not paid on time, he shall be entitled to demand an appropriate administration fee.

8.6 Premium payments must be paid to the place assigned by the insurer.

9. How is the premium payment calculated and adapted?
9.1 The calculation and extent of premiums are specified in the insurer's technical calculation basis. Ageing reserves are not formed.

9.2 Within the framework of contractual benefits, the insurer's benefits can change, e.g. owing to rising treatment costs or frequent claims for medical services. Accordingly, the insurer will compare at least once a year the requisite insurance benefits for each insurance rate with those calculated in the technical calculation bases. If such comparisons result in a deviation of more than 5%, all premiums for this rate can be reviewed by the insurer and adjusted if necessary. Specified deductibles or collectively-agreed maximum payments can be adjusted under the same conditions and an agreed premium supplement amended accordingly. Changes shall take effect at the beginning of the second month following notification of the policyholder.

10. What obligations are to be observed on occurrence of an insured event?
10.1 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 the respective trip to a foreign country.

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

10.3 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.

10.4 If a health insurance contract has been concluded for an insured person with another insurer or if an insured person avails of their entitlement to state medical insurance, the policyholder is obliged to inform the insurer without delay of the other insurance contract.

11. What consequences does non-observance of obligations have?
11.1 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 one of the obligations outlined in 10.1 to 10.4 above is violated.

11.2 If one of the obligations outlined in 10.4 is violated, the insurer will be entitled to terminate an insurance relationship which does not serve towards compliance with an obligation to provide insurance without adhering to a notice period conditional to § 28, section 1 of the VVG (German Insurance Contract Act) within one month of becoming aware of such a breach of obligation.

11.3 The notice and the default of the insured person are in accord with the notice and the default with the policyholder.

12. What obligations must be observed in the event of claims against third parties and what consequences does violation of these obligations have?
12.1 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).

12.2 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.

12.3 If the policyholder or an insured person deliberately violates the obligations outlined in sections 12.1 and 12.2 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.

12.4 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 12.1 to 12.3 must be applied accordingly.

13. When does the insurance relationship end?
13.1 The insurance relationship ends
a) when the insured person leaves Germany permanently
b) on the death of the policyholder. The insured persons, however, have the right to continue the insurance relationship by specifying the future policyholder insofar as this person is in agreement. The declaration must be submitted within two months of the policyholder's death. The insurance relationship ends on the death of the insured person.
c) when insurability ceases with regard to the insured person
d) at the latest when the agreed insurance term expires, taking consideration of the maximum term of insurance cover
e) on termination of the insurance relationship by the policyholder (13.2 – 13.7).

13.2 The policyholder can terminate the insurance relationship, including for individually insured persons, to the end of any calendar year by providing three months' notice; termination is only effective if the policyholder provides evidence of the fact that the respective insured persons are aware of such termination.
If the policyholder terminates the insurance relationship in full or for individual insured persons, the insured persons shall be entitled to continue the insurance relationship by specifying the future policyholder. Such notice must be submitted within two months of termination.

13.3 If an insured person becomes subject to compulsory state insurance by law, the policyholder can retroactively terminate medical insurance or entitlement insurance to the date on which insurance became compulsory within three months of such an obligation. Termination shall be invalid if the policyholder fails to provide evidence of such compulsory insurance within two months of receiving such a written request from the insurer unless the policyholder is not responsible for failing to meet this deadline.

If the policyholder avails of his/her right to terminate, the insurer shall only be entitled to premiums until such a time as insurance became compulsory. The policyholder can subsequently terminate the medical insurance or any entitlement insurance available to the end of the month in which evidence of compulsory insurance is provided. In this case, the insurer is entitled to receive the premium until expiry of the insurance contract. Compulsory insurance ranks equally with a statutory entitlement to family insurance or claims for medical care arising from an employment relationship under civil service law or similar which is not only temporary.

13.4 If an agreement in the insurance contract means that on reaching a certain age or the occurrence of other conditions specified there, the premium applies for a different age or age group, the policyholder can terminate the insurance relationship for the respective person within two months of the change coming into effect if the premium is increased on account of the change.

13.5 If the insurer increases the premiums on account of the premium adjustment clause or reduces his benefits in accordance with 16.1, the policyholder can terminate the insurance relationship for the respective insured person within two months of receiving notification of the time when the change comes into effect. In the event of a premium increase, the policyholder can also terminate the insurance relationship until and at the time of the increase coming into effect.

13.6 Insofar as the insurer announces an appeal, withdrawal or termination for individual insured persons or insurance rates only, the policyholder can demand within two weeks of receipt of this declaration annulment of the remaining part of the insurance until the end of the month in which he/she has received such notification from the insurer; in the event of termination, such annulment can be requested up until the time at which it comes into effect.

13.7 Notwithstanding 13.2 – 13.6, the policyholder can only terminate an insurance relationship which complies with insurance liability (§ 193, section 3 of the VVG (German Insurance Contract Act)) when he/she concludes a new contract for the insured person with another insurer which complies with this obligation. Termination shall only be effective if the policyholder provides evidence within two months of termination that the insured person is insured continuously by a new insurer; if the date on which termination was declared is more than two months after notice of termination, evidence must be provided by this date.

13.8 Ordinary termination by the insurer is excluded for medical insurance complying with the insurance liability (§ 193, section 3 of the VVG (German Insurance Contract Act)) and substitutive health insurance in accordance with § 195, section 1 of the VVG (German Insurance Contract Act).

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

15. Where is the court of jurisdiction?
15.1 The court at the place of residence or habitual place of residence of the policyholder shall be responsible for claims against the policyholder arising from the insurance relationship.

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

15.3 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 Community 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.

16. How can amendments be made to the General Insurance Terms and Conditions?
16.1 In the case of a change in the state of the health service which can not be regarded as merely temporary, the General Insurance Terms and Conditions and the tariff regulations can be adapted to changed circumstances if the changes appear necessary in order to sufficiently safeguard the interests of the policyholders and an independent trustee has examined the conditions for such amendments and confirmed their appropriateness. Amendments will take effect on commencement of the second month following notification of the policyholder of such changes and the main reasons behind them.

16.2 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.

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.