Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

AVB/KK-LA Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung für längerfristig aus Deutschland ausreisende Personen

Stand: 01.06.2022, SAP-Nr. 336880, 06.2022

1. Was ist versichert?

1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts eintreten. 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, die ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
c) sofern der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, die medizinisch notwendige Behandlung und Untersuchung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge und die Entbindung;
d) sofern der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer 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 oder der Versicherungs-bestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK-LA, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

1.4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung im Ausland. Nicht als Ausland gilt das Staatsgebiet von Deutschland.
Sofern der Tarif Leistungen für eine vorübergehende Rückkehr nach Deutschland vorsieht, sind diese im Tarif geregelt.

1.5 Die Versicherungsfähigkeit ist im Tarif geregelt.

2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

2.1 Der Versicherungsvertrag ist vor Antritt der Reise, d. h. vor Grenzübertritt aus Deutschland, abzuschließen. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungs-schein bzw. der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines, der Versicherungsbestätigung oder einer Annahmeerklärung in Textform), nicht vor Ablauf von Wartezeiten und nicht vor der Grenzüberschreitung ins Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
Sofern Wartezeiten gelten sind Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, nach Versicherungs-beginn und nach Grenzüberschreitung ins Ausland eingetreten sind, nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Wartezeiten fällt.
Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate 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. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Vertragsänderung seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

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 Auslandsreise-Krankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

3. Welche Wartezeiten bestehen?

Sofern der Tarif Leistungen für Entbindung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vorsieht, gilt hierfür eine Wartezeit von acht Monaten. Eventuelle Abweichungen regelt der Tarif. 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 im Ausland.
Sollte sich die Dauer des Auslandsaufenthaltes wider Erwarten verlängern, kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf Antrag verlängert werden.

Die maximal mögliche Vertragsdauer ergibt sich aus dem Tarif. Versicherungszeiten in vergleichbaren Tarifen des Versicherers werden auf die maximale Versicherungsdauer angerechnet.

4.2 Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland. Hierzu zählt nicht eine vorüber gehende Rückkehr nach Deutschland von bis zu sechs Wochen pro Aufenthalt, sofern diese laut Tarif versichert ist.

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 Versicherungs-bedingungen. 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. Sofern der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, können Heilpraktiker mit vollumfänglicher Erlaubnis, Osteopathen und Chiropraktiker in Anspruch genommen werden. 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 werden. Arzneimittel müssen zudem aus einer Apotheke bezogen werden. Näheres regelt der Tarif.

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.

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 Der Versicherungsschutz besteht subsidiär zu anderweitig bestehenden Versicherungen, das heißt, sofern Versicherungsschutz für dieselbe Gefahr auch noch bei einem anderen Versicherer besteht, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Der versicherten Person steht es frei, welchem Versicherer er den Schadenfall anzeigt. Zeigt er den Schaden der Union Krankenversicherung AG an, dann wird die Union Krankenversicherung AG insoweit auch in Vorleistung treten.
Die Vorleistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person für in Deutschland anfallende Kosten einen Leistungsanspruch aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskostenversicherung hat. Dann werden aus der Auslandsreisekrankenversicherung der Union Krankenversicherung AG keinerlei Leistungen erbracht.

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 Absatz VVG.

7.3 Sieht der Tarif Kostenerstattung bei Krankenrücktransport vor, ist der Rechnung eine ärztliche Bescheinigung beizufügen. Daraus muss die Diagnose (Krankheitsbezeichnung) hervorgehen und warum 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 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. Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. der Versicherungsbestätigung fällig. Folgebeiträge sind jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig. Die Zahlung erfolgt im Wege eines SEPA-Lastschriftverfahrens.

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 erfolgen Beitragsberechnung und Beitragsanpassung?

9.1 Die Berechnung und die Höhe der Beiträge sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

9.2 Die Versicherungsbeiträge können vom Versicherer geändert werden, wenn der jährlich vorzunehmende Vergleich zwischen den erforderlichen und den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt. Der Versicherer führt die Neukalkulation der Beiträge nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik durch. Beitragsänderungen 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 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 Ziffer 10.1 bis 10.4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

11.2 Wird eine der in Ziffer 10.4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer 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 mit deren Rückkehr nach Deutschland, sofern es sich nicht nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Reise handelt und diese gemäß der tariflichen Regelungen versichert ist;
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 im Tarif vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes;
e) bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherungsnehmer (Ziffer 13.2 – 13.6).

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 Versicherungs-verhältnis 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 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.

13.4 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.

13.5 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 Auf-hebung 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.

13.6 Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

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-LA – General Insurance Terms and Conditions for Travel Health Insurance for Persons Travelling Outside Germany for Longer Periods of Time

Last revised: 01.06.2022, SAP No. 336880, 06.2022

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 which arise during a temporary stay abroad. 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 (specific check-ups) insofar as such services are included within the tariff rate
c) medically necessary treatment and examination due to pregnancy, prenatal care and delivery insofar as such services are included within the tariff rate
d) medically practical and justifiable 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 or confirmation of insurance, subsequent written agreements, the General Insurance Terms and Conditions AVB/KK-LA, the insurance tariff and statutory guidelines. The insurance relationship is subject to German law.

1.4 This insurance cover applies to curative treatment abroad. Germany does not apply as abroad.
Insofar as the tariff rate includes services for temporary repatriation to Germany, they are regulated in the insurance tariff.

1.5 Insurability is regulated in the insurance tariff.

2. When does insurance cover commence?

2.1 The insurance contract must be concluded prior to commencing the trip, i.e. prior to crossing the German border. Insurance cover commences on the date indicated in the insurance policy and/or confirmation of insurance (commencement of insurance), but not before conclusion of the insurance contract (in particular, receipt of the insurance policy, confirmation of insurance or a written declaration of acceptance), not before the expiry of waiting periods and not before crossing the border to a destination abroad. No benefits will be paid for insurance claims arising prior to commencement of insurance cover.
Insofar as waiting periods apply, only those insurance claims arising after conclusion of the insurance contract, after commencement of insurance and after crossing the border to a destination abroad which fall within the waiting periods are excluded from an obligation to pay.
In the event of modifications to the contract, sentences 1 to 3 shall apply for the new conditions governing insurance cover.

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 has been insured by the insurer for at least three months and the application for insurance is made retroactively no later than two months of 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. This is conditional to the policyholder having his/her usual place of residence in Germany at the time of an amendment to the contract.

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?

Insofar as the insurance tariff includes benefits for delivery, dental prostheses and orthodontic treatment, a waiting period of eight months shall apply. Any deviations are regulated by the insurance tariff. 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 abroad as indicated in the application.
If the duration of the stay abroad is extended contrary to expectations, the insurance term originally agreed can be extended by application prior to expiry.

The maximum possible insurance term is dependent on the insurance tariff. Insurance times in comparable tariffs offered by the insurer are offset against the maximum insurance term.

4.2 Insurance cover ends – including for pending insurance claims – when the temporary stay abroad comes to an end. This does not include a temporary return to Germany of up to six weeks per stay insofar as this is insured in the tariff.

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 paid 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. Insofar as the insurance rate includes the respective benefits, the services of alternative practitioners with comprehensive permits, osteopaths and chiropractors can be availed of. 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 health service-providers outlined in 5.2. Medication must also be procured from a pharmacy. Further details are regulated in the insurance tariff.

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 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 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.

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 Insurance cover is subsidiary to any other existing insurance policies, i.e. insofar as insurance cover for this risk also exists at another insurer, the other contract takes priority over this one. The insured person can choose which insurer he wishes to claim from. If the insured person reports the claim to Union Krankenversicherung AG, Union Krankenversicherung AG will also pay costs in advance.
This obligation to pay costs in advance does not apply if the insured person is entitled to assert claims from a statutory or private health insurance policy for costs arising in Germany. In such cases, no benefits will be provided by the foreign travel health insurance contract concluded at Union Krankenversicherung AG.

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 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 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. . 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. 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. Unless otherwise agreed, the first premium shall be due without delay two weeks after receipt of the insurance policy and/or confirmation of insurance. Subsequent contributions shall be due on the first of each month. Payments are made in the form of SEPA direct debit.

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 is the premium payment calculated and adapted?
9.1 The calculation and extent of premiums are specified in the insurer's technical calculation basis.

9.2 Insurance premiums can be altered by the insurer if the annual comparison between the requisite insurance benefits and those insurance benefits calculated in the technical calculation base deviate by more than 5%. The insurer recalculates the premiums in accordance with the recognised rules of actuarial theory. Changes to premiums 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 obliged 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, 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 to 11 above is violated.

11.2 If one of the obligations outlined in 10.4 is violated, the insurer will be entitled to terminate the contract 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) for the insured person on his/her return to Germany, insofar as this does not involve a temporary interruption of the trip and the insured person is insured in accordance with the collective rulings
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 specified by the insurance rate
e) on termination of the insurance relationship by the policyholder (13.2 – 13.6).

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. The declaration must be submitted within two months of termination.

13.3 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.

13.4 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.

13.5 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.

13.6 The insurer waives its ordinary right to terminate the contract.

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.

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.

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.