

Produktinformationsblatt zur R+V-Auslandsreise-Krankenversicherung und R+V-Auslandsreise-Unfallversicherung

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Informationen nicht abschließend sind, sondern Ihnen nur einen kurzen Überblick über den wesentlichen Inhalt der Verträge geben sollen.

Welche Versicherungsverträge bieten wir Ihnen an?

Wir bieten Ihnen eine Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif JR an bzw. eine Auslandsreise-Unfallversicherung. **Beide Versicherungen bilden jeweils rechtlich selbstständige Verträge.**

Was ist versichert? Welche Leistungen erbringen wir?

Versicherungsschutz besteht generell für die jeweils ersten 45 Tage einer vorübergehenden Auslandsreise, die im versicherten Kalenderjahr begonnen wird. Bei Bedarf können Sie ihn gegen Beitragszuschlag verlängern. Nähere Informationen hierzu finden Sie in § 8 AVB/JR bzw. in Ziffer 1 AVB/ARU.

Auslandsreise-Krankenversicherung:

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Behandlung bzw. schmerzstillende Zahnbehandlung, die wegen einer Krankheit oder eines Unfalles im Ausland entstehen. Auch der Rücktransport nach Deutschland ist versichert, siehe § 4 AVB/JR.

Auslandsreise-Unfallversicherung:

Versicherungsschutz besteht bei Unfällen im Ausland. Als Unfall gilt z. B., wenn Sie stolpern, ausrut-

schen, stürzen oder sich sonst verletzen oder von anderen verletzt werden. Keine Unfälle dagegen sind Krankheiten und Abnutzungserscheinungen, z.B. Schlaganfälle, Herzinfarkte oder Rückenleiden durch ständiges Sitzen.

Sind Sie durch den Unfall auf Dauer invalide, zahlen wir aus der Invaliditätssumme von 40.000 EUR einen Kapitalbetrag entsprechend dem Grad der Invalidität. Wir leisten ab einem Invaliditätsgrad von 1%. Sind Sie zu mindestens 50% invalide, zahlen wir 100% der Versicherungssumme. Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall in einer Notsituation, aus der sie geborgen oder gerettet wird, ersetzen wir Kosten für Sucheinsätze bis zu 10.000 EUR.

Wie hoch ist der Beitrag? Wann und wie müssen Sie ihn bezahlen?

Die Höhe des Beitrages ist abhängig vom versicherten Personenkreis, dem gewählten Versicherungsschutz und der Dauer des Auslandsaufenthaltes.

Beiträge für Reisen bis 45 Tage:

Auslandsreise-Krankenversicherung:

Einzelpersonen: 13,50 EUR, Familien: 34,50 EUR
Einzelpersonen ab 65 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr): 60,00 EUR

Auslandsreise-Unfallversicherung:

Einzelpersonen: 2,79 EUR, Familien: 5,58 EUR

Verlängerungsbeitrag:

Auslandsreise-Krankenversicherung:

Personen bis 64: 2,75 EUR pro Tag und Person (keine Ermäßigung für Familien).

Personen ab 65: 6,50 EUR pro Tag und Person.

Auslandsreise-Unfallversicherung:

Gegen eine pauschale Zahlung je Person von 2,77 EUR (Personen ab 65: 4,44 EUR) kann auch der Unfallversicherungsschutz entsprechend verlängert werden. Familien zahlen pauschal 5,54 EUR.

Ohne Zahlung des Grundbeitrages kommt kein Vertrag zustande. Nähere Informationen finden Sie in der Beitragstabelle auf Seite 12, dem Berechnungsbeispiel für den Verlängerungsbeitrag auf Seite 10 und in § 8 AVB/JR sowie Ziffer 11 AVB/ARU.

Was ist nicht versichert?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, sonst müssten wir einen unangemessen hohen Beitrag verlangen. Deshalb sind bestimmte Umstände nicht im Versicherungsschutz enthalten.

Produktinformationsblatt zur R+V-Auslandsreise-Krankenversicherung und R+V-Auslandsreise-Unfallversicherung

Auslandsreise-Krankenversicherung:

Nicht versichert sind u.a.

- Arznei- und Heilmittel ohne ärztliche Verordnung
- Sehhilfen, Hörgeräte
- Behandlungen, von denen bei Reisebeginn feststand, dass sie auch im Ausland durchgeführt werden müssen
- wenn die Auslandsreise zum Zwecke der Behandlung im Ausland erfolgt ist
- Behandlung durch Heilpraktiker

Auslandsreise-Unfallversicherung:

Nicht versichert sind insbesondere Unfälle durch Trunkenheit oder Drogenkonsum, mit wenigen Ausnahmen Infektionskrankheiten, Lebensmittel- und andere Vergiftungen, Bandscheibenschäden. Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit die Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt worden sind.

Die Aufzählungen sind für beide Versicherungen nicht abschließend. In der Auslandsreise-Krankenversicherung ergibt sich unsere Leistungspflicht bzw. die Leistungsausschlüsse aus den §§ 4 und 5 AVB/JR. In der Auslandsreise-Unfallversicherung finden Sie weitere Ausschlussgründe in Ziffer 7 AVB/ARU.

Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten?

Bitte setzen Sie sich insbesondere bei notwendigen Krankenhausaufenthalten oder Rücktransporten umgehend mit uns in Verbindung unter der

**Notrufnummer:
+49 (0) 611 533-6290.**

Sie sind verpflichtet, den Schaden so gering wie möglich zu halten. Ggf. ist es notwendig, die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden sowie sonstige Auskünfte zu erteilen, die für unsere Leistungspflicht relevant sind. Wir können auch verlangen, dass sich die versicherte Person durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lässt.

Für die Meldung des Versicherungsfalles verwenden Sie bitte die hinter dem Überweisungsträger befindliche Mitteilungskarte. Senden Sie diese bitte ausgefüllt und zusammen mit den spezifizierten Originalbelegen an die angegebene Adresse der R+V Krankenversicherung AG. Diese ist berechtigt, auch für die Auslandsreise-Unfallversicherung Erklärungen entgegenzunehmen.

Näheres zu den Verpflichtungen im Versicherungsfall finden Sie in §§ 9 und 11 AVB/JR und Ziffer 8 AVB/ARU.

Was passiert, wenn Sie Ihren Verpflichtungen im Versicherungsfall nicht nachkommen?

Beachten Sie die genannten Verpflichtungen nicht, können Sie den Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Nähere Informationen finden Sie unter §§ 10 und 11 AVB/JR bzw. Ziffer 9 AVB/ARU.

Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt für das versicherte Kalenderjahr mit der Zahlung des Beitrags, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Versicherungsschutz endet jeweils mit Beendigung des versicherten Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch zum Ende des versicherten Kalenderjahres (am 31.12.). Beginnt ein Auslandsaufenthalt noch während des versicherten Kalenderjahres und erstreckt sich über den Jahreswechsel, endet der Versicherungsschutz spätestens mit Beendigung des versicherten Auslandsaufenthaltes. Nähere Informationen finden Sie in §§ 3, 7 und 8 AVB/JR bzw. Ziffer 2 AVB/ARU.

Wie können Ihre Versicherungsverträge vorzeitig beendet werden?

Eine vorzeitige Beendigung eines Vertrags ist nicht möglich. Der Vertrag endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um die Gesundheitsdaten für den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die R+V Krankenversicherung AG bzw. R+V Allgemeine Versicherung AG (im folgenden R+V), Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Kranken- bzw. Unfallversicherung benötigt die R+V Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister für die telefonische Kundenbetreuung, das Kostencontrolling oder das Beschwerdemanagement weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung,

Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags mit der R+V unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, ist der Abschluss eines Vertrags nicht möglich.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die R+V selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der R+V (unter 3.).

Die Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die R+V im Leistungsfall

Ich willige ein, dass die R+V die von mir im Rahmen des Leistungsfalles mitgeteilten Gesund-

heitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsprüfung erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Im Leistungsfall kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen (z. B. Ärzte, Krankenhäuser). Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die R+V die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die R+V benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die R+V – soweit es im Leistungsfall erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die R+V übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die R+V an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die R+V tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen,

dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der R+V

Die R+V verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die R+V benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die R+V meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergeb-

nisse an die R+V zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die R+V tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die R+V führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die telefonische Kundenbetreuung, den Beitragseinzug oder das Beschwerdemanagement, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer der beiden Gesellschaften, einer anderen Gesellschaft der R+V Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigt die R+V Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die R+V führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die R+V erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste kann bei der

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindungserklärung

R+V Krankenversicherung AG, PK, 65181 Wiesbaden oder unter www.bdsg.ruv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die R+V Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die R+V meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die R+V dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der R+V Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung der Ansprüche abzusichern, kann die R+V Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit die Rückversicherung sich ein Bild über den Versicherungsfall machen kann, kann die R+V Ihren Leistungsantrag der Rück-

versicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die R+V einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung der Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die R+V unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die R+V tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an Ihren selbstständigen Vermittler

Die R+V gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler zur Kenntnis gegeben werden.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die R+V meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindungserklärung

Weitere Einwilligungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse gegebenenfalls nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind so genannte Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Die Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe, zwischen denen eine Datenübermittlung erfolgt, finden Sie unter www.bdsgruv.de im Merkblatt über die Datenverarbeitung. Sie können die Informationen auch direkt bei der R+V Krankenversicherung AG, PK, 65181 Wiesbaden anfordern.

Ich willige ein, dass die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und entbinde die für R+V tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Gültig ab 1. Januar 2008

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung – AVB/JR –

Gültig ab 1. Januar 2016; Versicherungsträger: R+V Krankenversicherung AG; Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse während des Aufenthaltes im Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland). Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaft und Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 45 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person, der innerhalb eines versicherten Kalenderjahres (1.1. bis 31.12.) begonnen wird. Gegen Beitragszuschlag (s. auch § 8 Abs. 2 bis 5) kann der Versicherungsschutz für den einzelnen Auslandsaufenthalt bis zu insgesamt 730 Tage verlängert werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz 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 darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (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.
- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Einzahlung des Beitrages auf das vom Versicherer angegebene Konto zustande, vorausgesetzt, der Einzahlungsbeleg ist ordnungsgemäß ausgefüllt (zur Versicherungsfähigkeit s. § 1 Abs. 4). Der Einzahler/Kontoinhaber gilt als Versicherungsnehmer.
Als Einzahlungsbeleg ist möglichst ein vom Versicherer zur Verfügung gestellter Überweisungsvordruck zu verwenden. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Einzahlungsbeleg, wenn er alle Angaben enthält, die auch aus einem vom Ver-

sicherer zur Verfügung gestellten Vordruck hervorgehen bzw. vom Versicherungsnehmer auszufüllen sind. Der Einzahlungsbeleg muss insbesondere eine vom Versicherer vergebene Versicherungsnummer, Angaben über die zu versichernden Personen, ggf. die Dauer der Reise und über den Beitrag enthalten.

Geht der Beitrag beim Versicherer nicht ein aus einem Umstand, den der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, kommt kein Vertrag zustande.

- (2) Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Kalenderjahres (1.1. bis 31.12. des betreffenden Jahres) geschlossen. Bei Auslandsaufhalten, die während des versicherten Kalenderjahres beginnen und über das Kalenderjahr hinausgehen, endet der Versicherungsvertrag spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage bzw. zuzüglich vereinbarter Verlängerung).
- (3) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tode einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland für Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung – AVB/JR –

- öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer erbringt die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Sonstige Leistungen, z. B. für Sehhilfen, sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:
- a) ärztliche Leistungen
Versichert sind auch unvorhergesehen auftretende akute Schwangerschaftskomplikationen einschließlich medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs, Frühgeburt (vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) und Fehlgeburt einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Neugeborenem entstehenden Behandlungskosten.
- b) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz einschließlich konfektionierter Kurzzeitprovisorien in einfacher Ausführung, nicht aber für die darüber hinausgehende Neuanfertigung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Implantate) und Kieferorthopädie;
- c) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;
- d) Heilmittel
Als Heilmittel gelten Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, ferner Chiropraktik und Osteopathie durch Angehörige hierfür zugelassener Berufe;
- e) Hilfsmittel
Ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die während der versicherten Reise erstmals erforderlich werden, nicht jedoch Sehhilfen und Hörgeräte;
- f) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung, auch wegen akuter Schwangerschaftskomplikationen (siehe Abs. 4 a), in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen sowie zusätzliche Kosten für die erforderliche Unterbringung von versicherten minderjährigen Kindern im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung eines Elternteils. Bei stationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes die zusätzlichen Unterbringungskosten einer versicherten erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus. Anstelle von Kostenersatz für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR pro Tag gewährt werden;
- g) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch Rettungsdienste einschließlich des gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransports sowie bis zu 100 EUR je Versicherungsfall für den Transport vom Krankenhaus oder Notfallarzt zurück zur Unterkunft;
- h) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn mindestens einer der folgenden Fälle zutrifft:
ha) der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll sowie vertretbar und dies wird durch ärztliche Unterlagen belegt oder der Versicherer hat vor dem Rücktransport hierfür eine Leistungszusage in Textform erteilt;
- hb) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransportes;
- hc) nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.
- Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.
- Durch Rücktransporte ersparte Kosten für die geplante Rückreise sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;
- i) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen. Dies sind ausschließlich die unvermeidbaren Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- j) längere Erkrankung, hilfebedürftige Kinder
Dauert ein Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage und wird ärztlich attestiert, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag die Reise

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung – AVB/JR –

- eines Ehegatten, eines Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, eines in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden höchstens die Kosten eines Business-class-Fluges bis maximal 1.300 EUR erstattet. Die Kosten des Aufenthaltes vor Ort sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten, Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen;
- k) **Telefonkosten**
Der Versicherer erstattet die im Versicherungsfall für die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer über die von ihm zur Verfügung gestellte 24-Stunden-Hotline entstandenen Kosten. Diese sind durch eine Telefonkostenrechnung mit Einzelbindungsnachweis nachzuweisen.
- (5) Auf Anfrage unterstützt der Versicherer den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person, gegebenenfalls durch qualifizierte Dienstleister insbesondere mit folgenden Leistungen
- Informationen über Möglichkeiten der medizinischen Versorgung,
 - Nennung von Ärzten im Aufenthaltsland,
 - Kontaktaufnahme zum Hausarzt des Betroffenen,
 - Vermittlung des Kontakts/Informationsaustausches
- zwischen den behandelnden Ärzten/Krankenhausärzten und dem Hausarzt,
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
 - Organisation von Rücktransporten nach § 4 Abs. 5h) bzw. Bestattung oder Überführung nach § 4 Abs. 5i).
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und 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 medizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) für medizinische Versorgung im Ausland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Terrorakten oder inneren Unruhen, die
- wegen einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren oder die durch aktive Teilnahme an diesen verursacht sind;
- d) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- e) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
- f) für Untersuchung und Behandlung wegen künstlicher Befruchtung;
- g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- h) für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet. Atteste der genannten Personen sind keine geeigneten Nachweise zur Begründung von Leistungsansprüchen.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrunde gelegt.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen aus Verträgen bei anderen Versicherungsträgern bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung – AVB/JR –

Haftung vereinbart hat. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:

- a) der Anspruch ist durch Belegurschriften nachzuweisen;
- b) die Belege müssen grundsätzlich enthalten: Name und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;
 - ärztliche/zahnärztliche Rechnungen zusätzlich: Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;
 - Arznei-/Heil-/Hilfsmittelbezug: Verordnungen zusätzlich: Art und Menge; Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;
 - Krankenhausrechnungen zusätzlich: Aufnahme- und Entlassungsdatum, Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen;

c) der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist außerdem durch eine schriftliche Bescheinigung gemäß § 4 Abs. 4 h) zu begründen.

Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;

d) der Anspruch auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist außerdem durch amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.

Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen.

- (2) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem 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, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der

vereinbarten Versicherungsdauer (Ende des Kalenderjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt kein Auslandsaufenthalt andauert – vgl. § 3 Abs. 2).

- (2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.
- (2) Er beträgt pro Kalenderjahr für Personen mit einem Eintrittsalter (Kalenderjahr, für das Versicherungsschutz beantragt wird, abzüglich Geburtsjahr) von höchstens 64 Jahren und für die ersten 45 Tage eines Auslandsaufenthaltes 13,50 EUR. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zu höchstens insgesamt 730 Tagen ist gegen Zahlung eines zusätzlichen Beitrages von 2,75 EUR pro Tag der Verlängerung möglich, siehe Abs. 5.
- (3) Für Familien beträgt der Beitrag pro Kalenderjahr und für die ersten 45 Tage eines Auslandsaufenthaltes 34,50 EUR. Als Familie gelten der Versicherungsnehmer (s. § 3 Abs. 1), sein Ehepartner oder Lebensgefährte – jeweils mit einem Eintrittsalter (s. Abs. 2) von höchstens 64 Jahren – und Kinder (auch Adoptiv- und Pflegekinder) bis zu einem Eintrittsalter von höchstens 18 Jahren. Die Familie muss in häuslicher Gemeinschaft wohnen. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ist für jedes Familienmitglied einzeln möglich, s. Abs. 2 und 4.
- (4) Für Personen mit einem Eintrittsalter (s. Abs. 2) über 64 Jahre beträgt der Beitrag pro Person und Kalenderjahr

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung – AVB/JR –

für die ersten 45 Tage eines Auslandsaufenthaltes 60,- EUR; eine Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zu höchstens insgesamt 730 Tagen ist gegen Zahlung eines zusätzlichen Beitrages von 6,50 EUR pro Tag der Verlängerung möglich.

- (5) Nachträglich kann der Beitrag bis zu einer Woche nach Grenzüberschreitung im Ausland eingezahlt werden. Versicherungsschutz besteht dann nur für die nach Zahlung eintretenden Versicherungsfälle. Befindet sich die versicherte Person bereits im Ausland, ist eine Verlängerung des Versicherungsschutzes nur möglich, wenn der (weitere) Verlängerungsbeitrag innerhalb des bereits versicherten Zeitraumes eingezahlt wird. Für laufende Versicherungsfälle, die vor Zahlung des Verlängerungsbeitrages eingetreten sind, besteht ab Beginn des (erneuten) Verlängerungszeitraums kein Versicherungsschutz.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Zur Prüfung, ob und ggf. in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, ist die versicherte Person verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer

Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden, oder die erforderlichen Auskünfte selber beizubringen.

- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sowie das Einzahlungsdatum des Beitrages sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz – VVG – (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit

nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 13 Gerichtsstand

- (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.
- (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.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Unfallversicherung – AVB/ARU –

Gültig ab 1. Januar 2013; Versicherungsträger: R+V Allgemeine Versicherung AG; Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

- 1. In welchem Umfang und wo besteht der Versicherungsschutz?**
 - 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
 - 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt mit Ausnahme Deutschlands.
 - 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 - 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskel, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
 - 1.5 Versicherungsfähig sind alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.
 - 1.6 Der Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 45 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person, der innerhalb eines versicherten Kalenderjahres (1.1. bis 31.12.) begonnen wird.
Gegen Beitragszuschlag (vgl. Ziffer 11.2) kann der Versicherungsschutz für den einzelnen Auslandsaufenthalt bis zu insgesamt 730 Tage verlängert werden.
 - 1.7 Bitte beachten Sie die Regelungen über die Einschränkung der Leistung (Ziffer 6) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 7).
- 2. Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages**
 - 2.1 Der Versicherungsvertrag kommt mit der Einzahlung des Beitrages auf das vom Versicherer angegebene Konto zustande, vorausgesetzt der Einzahlungsbeleg ist ordnungsgemäß ausgefüllt. Als Einzahlungsbeleg ist möglichst ein vom Versicherer zur Verfügung gestellter Überweisungsvordruck zu verwenden. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Einzahlungsbeleg, wenn er alle Angaben enthält, die auch aus einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck hervorgehen bzw. vom Versicherungsnehmer auszufüllen sind. Der Einzahlungsvordruck muss insbesondere eine vom Versicherer vergebene Versicherungsnummer, Angaben über die zu versichernden Personen, ggf. die Dauer der Reise und den Beitrag enthalten.
Geht der Beitrag beim Versicherer nicht ein aus einem Umstand, den der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, oder ist der Einzahlungsbeleg nicht ordnungsgemäß ausgefüllt, kommt kein Vertrag zustande.
 - 2.2 Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Kalenderjahres (1.1. bis 31.12. des betreffenden Jahres) geschlossen. Bei Auslandsaufenthalten, die während des versicherten Kalenderjahres beginnen und über das Kalenderjahr hinausgehen, endet der Versicherungsvertrag spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage bzw. zuzüglich vereinbarter Verlängerung).
- 2.3 Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod bzw. Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.
- 3. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
 - 3.1 Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
 - 3.2 Der Versicherungsschutz endet jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer (Ende des Kalenderjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt kein Auslandsaufenthalt andauert – vgl. Ziffer 2.2).
 - 3.3 Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Unfallversicherung – AVB/ARU –

4. Welche Leistungen erbringen wir bei dauerhafter Invalidität der versicherten Person?

4.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 4.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität ist
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
 - innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 4.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

4.2 Art und Höhe der Leistung

- 4.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 4.2.2 Die vereinbarte Versicherungssumme (EUR 40.000) und der Grad der unfallbedingten Invalidität bilden die Grundlage für die Berechnung der Leistung.
- 4.2.3 Wir leisten 100% aus der versicherten Invaliditätssumme, wenn der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% führt.
- 4.2.4 Bei Verlust oder vollständiger Funktionsbeeinträchtigung der nachstehend benannten Körperteile und

Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

| | |
|--|-----|
| Arm | 70% |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65% |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60% |
| Hand | 55% |
| Daumen | 20% |
| Zeigefinger | 10% |
| anderer Finger | 5% |
| Bein über der Mitte des Oberschenkels | 70% |
| Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 60% |
| Bein bis unterhalb des Knies | 50% |
| Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 45% |
| Fuß | 40% |
| große Zehe | 5% |
| andere Zehe | 2% |
| Auge | 50% |
| Gehör auf einem Ohr | 30% |
| Geruchssinn | 10% |
| Geschmackssinn | 5% |

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- 4.2.5 Für andere Körperteile oder Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 4.2.6 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 4.2.4 und 4.2.5 zu bemessen.

4.2.7 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bedingungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

4.2.8 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, und war der Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

5. Welche Leistungen erbringen wir bei Sucheinsätzen?

5.1 Voraussetzung für die Leistung

- Nach einem Unfall befindet sich die versicherte Person in einer Notsituation, aus der sie gerettet oder geborgen wird.
- Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

5.2 Art der Leistung

Wir ersetzen die Kosten für Sucheinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Ersetzt werden Kosten bis maximal 10.000 EUR.

Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Unfallversicherung – AVB/ARU –

6. Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt die Minderung.

7. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

7.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

7.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

7.1.2 Unfälle die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

7.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

7.1.4 Unfälle der versicherten Person, als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; und bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.

7.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

7.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziff.1.3 die überwiegende Ursache ist.

7.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

7.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

7.2.4 Infektionen

7.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

7.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei

denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziff. 7.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

7.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziff. 7.2.3 entsprechend.

7.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

7.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistungspflicht nicht erbringen.

8.1 Nach einem Unfall der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

8.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Unfallversicherung – AVB/ARU –

8.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

8.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

8.5 Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sowie das Einzahlungsdatum des Beitrages sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich

war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

10. Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

10.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
– Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen.
– Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

10.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

10.3 Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, zahlen wir nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfallereignis – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

10.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss
– von uns zusammen mit einer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 10.1,
– von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

11. Der Versicherungsbeitrag

11.1 Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag, und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Die R+V Krankenversicherung AG ist berechtigt den Betrag in Empfang zu nehmen.

11.2 Er beträgt für eine Einzelperson pro Kalenderjahr und für die ersten 45 Tage eines Auslandsaufenthaltes 2,79 EUR. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zu höchstens insgesamt 730 Tagen ist gegen Zahlung eines einmaligen zusätzlichen Beitrages möglich. Der zusätzliche Beitrag beträgt für Personen mit einem Eintrittsalter von höchstens 64 Jahren 2,77 EUR, ab 65 Jahren 4,44 EUR. Das Eintrittsalter ist das Kalenderjahr, für das Versicherungsschutz beantragt wird, abzüglich des Geburtsjahres. Einzelheiten zur Verlängerung finden Sie in Absatz 5.

11.3 Für Familien beträgt der Beitrag pro Kalenderjahr und für die ersten 45 Tage eines Auslandsaufenthaltes 5,58 EUR. Als Familie gelten der Versicherungsnehmer (Ziff. 2.1), sein Ehepartner oder Lebensgefährte – jeweils mit einem Eintrittsalter von höchstens 64 Jahren – und Kinder (auch Adoptivkinder, nicht jedoch Pflegekinder) bis zu einem Eintrittsalter von höchstens 18 Jahren. Die Familie muss in häuslicher Gemeinschaft wohnen. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zu höchstens insgesamt 730 Tagen ist gegen Zahlung eines einmaligen zusätzlichen Beitrages von weiteren 5,54 EUR möglich. Einzelheiten zur Verlängerung finden Sie in Absatz 5.

11.4 Der Beitrag enthält die zurzeit gültige Versicherungssteuer.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Unfallversicherung – AVB/ARU –

11.5 Nachträglich kann der Beitrag bis zu einer Woche nach Grenzüberschreitung im Ausland eingezahlt werden. Versicherungsschutz besteht dann nur für die nach Zahlung eintretenden Versicherungsfälle. Befindet sich die versicherte Person/Familie bereits im Ausland, ist eine Verlängerung des Versicherungsschutzes nur möglich, wenn der Verlängerungsbeitrag innerhalb des bereits versicherten Zeitraums eingezahlt wird. Für laufende Versicherungsfälle, die vor Zahlung des Verlängerungsbeitrags eingetreten sind, besteht ab Beginn des Verlängerungszeitraums kein Versicherungsschutz.

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 13.1 Die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch uns gegenüber entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätten erlangen müssen. Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren alle Ansprüche in 10 Jahren, nachdem sie entstanden sind.
- 13.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

14. Welches Gericht ist zuständig?

- 14.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 14.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

15. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen Sie schriftlich abgeben, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist. Die R+V Krankenversicherung AG ist berechtigt Erklärungen für die R+V Allgemeine Versicherung AG in Empfang zu nehmen.

16. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Informationen bei allen Versicherungszweigen gemäß § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

1. Risikoträger

Risikoträger für die Auslandsreise-Krankenversicherung ist die

**R+V Krankenversicherung AG,
Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de**

eingetragen beim Amtsgericht Wiesbaden,
HRB 7094

**Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Generaldirektor Dr. Friedrich Caspers.
Vorstand: Frank-Henning Florian, Vorsitzender;
Tillmann Lukosch.**

Risikoträger für die Auslandsreise-Unfallversicherung ist die

**R+V Allgemeine Versicherung AG,
Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: 0611 533-4500, E-Mail: ruv@ruv.de**

eingetragen beim Amtsgericht Wiesbaden,
HRB 2188

**Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Generaldirektor Dr. Friedrich Caspers.
Vorstand: Dr. Norbert Rollinger, Vorsitzender;
Frank-Henning Florian,
Heinz-Jürgen Kallerhoff,
Hans-Christian Marschler,
Marc René Michallet,
Peter Weiler.**

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Aufsichtsbehörde

Die **R+V Krankenversicherung AG** betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Die **R+V Allgemeine Versicherung AG** betreibt alle Zweige der Schaden-, Unfall- und Rückversicherungen sowie die Vermittlung von Versicherungen aller Art.

Aufsichtsbehörde:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

3. Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an, der gemäß §§ 124 ff Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Für das Versicherungsverhältnis gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/JR) bzw. die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Unfallversicherung (AVB/ARU). Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht (vgl. § 1 Abs. 3 AVB/JR bzw. Ziffer 16 AVB/ARU).

Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und zwar §§ 1, 4 und 6 AVB/JR bzw. Ziffern 1, 4, 5 und 10 AVB/ARU.

5. Prämien

Die Beiträge entnehmen Sie bitte den Seiten 12 und 9 dieses Heftes bzw. § 8 AVB/JR bzw. Ziffer 11 AVB/ARU

6. Zahlung und Erfüllung

Einzelheiten zur Zahlung und Erfüllung sowie der Zahlungsweise der Prämien entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, vgl. §§ 3 und 8 AVB/JR bzw. Ziffer 11 AVB/ARU.

7. Zustandekommen der Verträge

Die Verträge kommen mit der Einzahlung des Beitrages auf das vom Versicherer angegebene Konto zustande. Dieser Zeitpunkt entspricht dem Versicherungsbeginn. Der Beginn des Versicherungsschutzes ist in § 2 AVB/JR bzw. Ziffer 3.1 AVB/ARU geregelt.

8. Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform, z. B. Brief, Fax, E-Mail, widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2