

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs ERK-56 für die Auslandsreise-Krankenversicherung - gültig ab 01.01.2022

Inhaltsübersicht	<u>Seite</u>	<u>Seite</u>	
A) Allgemeine Bestimmungen	2	B) Leistungen des Versicherers	8
I. Der Versicherungsschutz	2	I. Kosten ambulanter Heilbehandlung	8
1. <i>Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</i>	2	1. <i>Ärztliche Leistungen</i>	8
2. <i>Personenkreis</i>	2	2. <i>Arznei- und Verbandmittel</i>	8
3. <i>Abschluss, Beginn und Dauer des Versicherungsvertrages</i>	2	3. <i>Heilmittel</i>	8
4. <i>Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes</i>	3	4. <i>Hilfsmittel</i>	8
5. <i>Umfang der Leistungspflicht</i>	3	II. Kosten zahnärztlicher Leistungen	8
6. <i>Einschränkung der Leistungspflicht</i>	4	III. Kosten stationärer Heilbehandlung	8
7. <i>Auszahlung der Versicherungsleistungen</i>	4	1. <i>Stationäre Heilbehandlung</i>	8
8. <i>Ende des Versicherungsschutzes</i>	5	2. <i>Ersatz-Krankenhaustagegeld</i>	8
II. Pflichten des Versicherungsnehmers	5	3. <i>Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)</i>	9
1. <i>Beitragszahlung</i>	5	IV. Transportkosten	9
2. <i>Obliegenheiten</i>	6	V. Rücktransportkosten	9
3. <i>Folgen von Obliegenheitsverletzungen</i>	6	VI. Transportunfähigkeit	9
4. <i>Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte</i>	6	VII. Rettungs- und Bergungskosten	9
5. <i>Aufrechnung</i>	7	VIII. Überführungs- und Bestattungskosten	10
III. Ende des Versicherungsverhältnisses	7	IX. Kinderbetreuungskosten	10
IV. Sonstige Bestimmungen	7	X. Telefonkosten	10
1. <i>Willenserklärungen und Anzeigen</i>	7	C) Anhänge	11
2. <i>Gerichtsstand</i>	7	I. Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz	11
		II. Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	11
		D) Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	12
		E) Widerrufsbelehrung	13

Leistungskurzübersicht

➤ Dauer des Versicherungsschutzes:	56 Tage (8 Wochen) je Auslandsreise
➤ Ambulante ärztliche Leistungen:	100 %
➤ Schmerzstillende zahnärztliche Leistungen:	100 %
➤ Stationäre Heilbehandlung:	100 %
➤ Ersatz-Krankenhaustagegeld:	25 EUR je Tag
➤ Rooming-in:	100 %
➤ Transportkosten:	100 %
➤ Rücktransportkosten:	100 %
➤ Rettungs- und Bergungskosten:	bis zu 5.000 EUR
➤ Überführungs- und Bestattungskosten:	bis zu 30.000 EUR
➤ Kinderbetreuungskosten:	für bis zu 14 Tage

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz im Ausland für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- b) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer die unter Abschnitt B vereinbarten Leistungen.
- c) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer während der Auslandsreise akut auftretenden Krankheit oder eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
Als Versicherungsfall gelten auch
 - medizinisch notwendige Behandlungen wegen akut eingetretenen Verschlechterungen von chronischen Vorerkrankungen,
 - medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten bis vor der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche,
 - medizinisch notwendige Behandlungen wegen Fehlgeburten und
 - der Tod.
- d) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- e) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Für den Vertrag einschließlich der Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherung nach diesem Tarif kann als Einzelversicherung oder Familienversicherung vereinbart werden.

Bei der Familienversicherung besteht Versicherungsschutz – sofern in häuslicher Gemeinschaft lebend und im Versicherungsschein namentlich aufgeführt oder nachgemeldet – für

die versicherte volljährige Person	sowie deren minderjährige Kinder
den Ehegatten oder Lebenspartner (hierzu gehören auch Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – siehe Anhang)	

Versicherungsschutz in der Familienversicherung besteht für die versicherte volljährige Person und den ggf. mitversicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner längstens jeweils bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres; für deren mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

3. Abschluss, Beginn und Dauer des Versicherungsvertrages

- a) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen werden. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Antritt einer neuen Auslandsreise.

In der Familienversicherung gilt darüber hinaus: Wird eine Person nachträglich in den Versicherungsvertrag eingeschlossen, muss dies vor Beginn einer Auslandsreise gemeldet werden. Ansonsten besteht für diese Person Versicherungsschutz erst ab dem Antritt einer neuen Auslandsreise.

- b) Die Versicherung nach diesem Tarif kann entweder über einen speziell für diesen Tarif vorgesehenen Antrag oder ein Onlineverfahren der EUROPA Versicherung AG beantragt werden.
- Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer vorgesehenen Antrag beantragt, kommt der Vertrag mit dem Zugang des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer zustande. Als Versicherungsschein gilt die beim Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antrags.
- Wählt der Antragsteller für den Vertragsabschluss den Antrag des Onlineverfahrens der EUROPA Versicherung AG, kommt der Vertrag mit der zahlungspflichtigen Beantragung durch den Antragsteller im Internet zustande. Eine Versicherungsbestätigung wird nach Abschluss des Vertrags zur Verfügung gestellt, diese gilt als Versicherungsschein.
- Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag, wenn
- aa) er vollständige Angaben über
 - den Beginn des Versicherungsvertrages,
 - die zu versichernden Personen sowie
 - den entsprechenden Beitrag
 enthält und
 - bb) ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde.
- c) Versicherungsnehmer ist der Antragsteller.
- d) Der Versicherungsvertrag beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).
- e) Der Versicherungsvertrag gilt für ein Jahr (Versicherungsjahr), gerechnet ab Versicherungsbeginn. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, sofern er nicht gekündigt wird (vgl. Abschnitt A III a).

4. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Grenzübertritt ins Ausland für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die nach Abschluss und Beginn des Versicherungsvertrages (Abschnitt A I 3) sowie Zahlung des Beitrages (Abschnitt A II 1) angetreten werden.
- b) Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 56 Tage (8 Wochen) einer jeden vorübergehenden Auslandsreise, die von den versicherten Personen innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten wird. Endet das Versicherungsjahr (vgl. Abschnitt A I 3 e) während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

5. Umfang der Leistungspflicht

- a) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus Abschnitt B dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- b) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- c) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den nach Buchstabe b) genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- d) 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.
- e) 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 Erfolg versprechend 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. Einschränkung der Leistungspflicht

- a) Keine Leistungspflicht besteht für
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades zwingend erforderlich wurde;
 - Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
 - Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - Psychotherapie einschließlich übender Verfahren;
 - Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Schwangerschaft sowie Entbindungen, die nicht unter Abschnitt A I 1 c) fallen;
 - Behandlungen und Untersuchungen wegen Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
 - Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
 - Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - Massagen, Bäder und medizinische Packungen;
 - Sehhilfen, Hörgeräte, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel;
 - Kieferorthopädie und die Neuanfertigung von bleibendem Zahnersatz;
 - Behandlung durch Ehegatten oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - die durch Krankheiten oder Unfälle entstehenden Kosten, die durch die aktive Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.
- b) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß bzw. deren Kosten das ortsübliche Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf das medizinisch notwendige Maß bzw. die Kosten auf das im Reiseland ortsübliche Maß begrenzen.
- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- d) Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Versicherungsfall meldet. Meldet er ihn der EUROPA Versicherung AG, wird die EUROPA Versicherung AG im Rahmen des tariflichen Leistungsumfangs in Vorleistung treten und sich zwecks Kostenübernahme direkt an den anderen Versicherer wenden.
- e) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- a) Der Versicherer leistet gegen Vorlage der erforderlichen Nachweise direkt an die versicherte Person, die einen unmittelbaren Leistungsanspruch hat. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn ihm die Original-Kostenbelege vorgelegt werden und die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Erfolgt zuvor eine Kostenerstattung durch Dritte, genügen Zweitschriften der Belege mit Original-Erstattungsvermerken der Leistungserbringer.

Erläuterungen zu den vorgenannten Nachweisen und Leistungsunterlagen:

- Alle Rechnungsbelege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, den Namen des Leistungserbringers sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten.
- Arzneimittelrechnungen/Rezepte müssen das verordnete Arzneimittel, den Preis und den Quittungsvermerk enthalten.
- Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlung enthalten.

- Zum Nachweis des notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Diagnose einzureichen.
 - Für die Erstattung der Überführungs-/Bestattungskosten müssen zusätzlich die amtliche Sterberkunde sowie die ärztliche Bescheinigung der Todesursache vorgelegt werden.
- b) Leistungen oder deren Ablehnung durch die in Abschnitt A I 6 c) genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- c) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang).
- d) Die in einer ausländischen Währung entstandenen Kosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Rechnungen ausgestellt wurden, in Euro umgerechnet.
 Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „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.
- e) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- f) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden Beitragsrückstände oder sonstige ausstehende Beträge verrechnet.
- g) 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.

8. Ende des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –
- mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes,
 - nach Ablauf von 56 Tagen eines Auslandsaufenthaltes oder
 - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif (vgl. Abschnitt A III).
- b) Ist die Rückreise aus dem Ausland spätestens nach Ablauf von 56 Tagen ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz nach Abschnitt B VI. Die Regelung nach Abschnitt A I 4 b) letzter Satz bleibt hiervon unberührt.

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag nach Tarif ERK-56 gilt für ein Versicherungsjahr.
 In der Einzelversicherung beträgt der Beitrag je nach Alter der versicherten Person zu Beginn des Versicherungsjahres:

Alter	Beitrag in der Einzelversicherung
bis 64	12,00 Euro
ab 65	50,00 Euro

In der Familienversicherung beträgt der Beitrag:

Alter	Beitrag in der Familienversicherung
bis 64	26,00 Euro

- b) Der erste Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vom Versicherungsnehmer an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu zahlen. Die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Beitragseinzug erfolgen kann, gilt als Zahlung. Hierzu hat der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages für eine ausreichende Deckung des Kontos zu sorgen.

Folgebeiträge werden zu Beginn des jeweils weiteren Versicherungsjahres fällig.

- c) Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass die Beiträge, trotz wiederholtem Einzugsversuchs, nicht eingezogen werden können, kann dies unter anderem unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können dem Versicherungsnehmer in Rechnung gestellt werden.

2. Obliegenheiten

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich anzuzeigen.
- b) Bei Transportunfähigkeit (vgl. Abschnitt B VI) ist die verursachende Erkrankung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Zum Nachweis ist eine ärztliche Bescheinigung mit der Bezeichnung der Diagnose und Begründung der Transportunfähigkeit einzureichen.
- c) 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.
- d) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- e) Weiterhin ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen.

3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

4. Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- a) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- b) 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.
- c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die unter den Buchstaben a) und b) 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.

- d) 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 die Buchstaben a) bis c) entsprechend anzuwenden.

5. Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

III. Ende des Versicherungsverhältnisses

- a) Das Versicherungsverhältnis endet, sofern es durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt wird.
- b) Das Versicherungsverhältnis in der Familienversicherung nach diesem Tarif endet für die versicherte volljährige Person sowie den ggf. mitversicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die vorgenannten Personen jeweils das 65. Lebensjahr vollenden. Für die mitversicherten minderjährigen Kinder endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem diese das 18. Lebensjahr vollenden; spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem keine volljährige Person mehr in der Familienversicherung versichert ist.

Für den Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis – unabhängig vom Nichtbestehen des Versicherungsschutzes in der Familienversicherung – auch über das vollendete 65. Lebensjahr hinaus fortbestehen.

- c) Das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif endet ferner mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zugegangen sein.
- d) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- e) Verlegt eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in das Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Verlegung des ständigen Wohnsitzes erfolgt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

2. Gerichtsstand

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

B) Leistungen des Versicherers

Im Versicherungsfall werden zu 100 % erstattet:

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

1. Ärztliche Leistungen

Erstattet werden die Kosten für ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen einschließlich Strahlendiagnostik.

Kosten für psychiatrische Behandlungen werden ausschließlich für Behandlungen akuter psychischer Erkrankungen erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie einschließlich übender Verfahren.

2. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten ärztlich verordnete allopathische und homöopathische Medikamente. Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungpräparate, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u. ä.

3. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden und ärztlich verordneten Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen.

Nicht erstattungsfähig sind Massagen, Bäder und medizinische Packungen.

4. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Erstattet werden die Kosten für die Miete von ärztlich verordneten Hilfsmitteln in einfacher Ausführung, wenn das Hilfsmittel während der versicherten Dauer der Auslandsreise erstmals erforderlich wird.

Sollte eine Miete nicht möglich sein, werden die Kosten des Kaufs erstattet. Die mangelnde Mietmöglichkeit ist dabei nachzuweisen.

Nicht erstattungsfähig sind Sehhilfen, Hörgeräte, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen schmerzstillende Zahnbehandlungen einschließlich notwendiger Füllungen, provisorischen Zahnersatz sowie Reparaturen von bestehendem Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit.

Erstattet werden die Kosten dieser Leistungen in einfacher Ausführung.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für kieferorthopädische Leistungen und die Neuanfertigung von bleibendem Zahnersatz.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten.

2. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Anstelle des Kostenersatzes für stationäre Heilbehandlung nach Nummer 1 kann ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

3. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)

Bei einer stationären Heilbehandlung eines versicherten minderjährigen Kindes werden die Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus erstattet.

IV. Transportkosten

Erstattet werden bei einem medizinischen Notfall die Kosten für den Transport in einem für den Krankentransport ortsüblichen und angemessenen Transportmittel zum nächsterreichbaren und nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung. Erstattet werden auch die Kosten für einen medizinisch notwendigen Verlegungstransport im Anschluss an die Erstversorgung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

V. Rücktransportkosten

Erstattet werden die Kosten, die für den Rücktransport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und wird vom Versicherer organisiert oder vorab zugesagt. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt der EUROPA Versicherung AG in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
- die Dauer der Krankenhausbehandlung übersteigt nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage.

Der beratende Arzt der EUROPA Versicherung AG entscheidet über den Transportzeitpunkt, das geeignete Transportmittel und die Betreuung während des Transportes.

Ebenfalls übernommen werden die Kosten für die Begleitung durch medizinisches Fachpersonal, sofern diese medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wird. Die Beurteilung einer medizinisch sinnvollen und vertretbaren Begleitung obliegt ebenfalls dem beratenden Arzt der EUROPA Versicherung AG.

Bei minderjährigen versicherten Personen übernimmt der Versicherer darüber hinaus die Rücktransportkosten für einen Erziehungsberechtigten als Begleitperson. Der Versicherer organisiert den Rücktransport der Begleitperson nach Möglichkeit in demselben Transportmittel der minderjährigen Person. Ein Anspruch auf dasselbe Transportmittel besteht jedoch nicht.

Beim Rücktransport ist, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, die kostengünstigste Transportart zu wählen.

VI. Transportunfähigkeit

Ist die Rückreise aus dem Ausland spätestens nach Ablauf von 56 Tagen (8 Wochen) ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz nach diesem Tarif bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit.

Abweichend zu Abschnitt B V werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes nur dann übernommen, wenn im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der Transportunfähigkeit eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich ist. Wird in diesem Fall der Rücktransport nicht in Anspruch genommen, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von bis zu zwei Wochen übernommen.

VII. Rettungs- und Bergungskosten

Erstattet werden die Kosten für die Rettung oder Bergung einer versicherten Person bis zu 5.000,- Euro. Die Rettung oder Bergung muss wegen Krankheit, Unfall oder Tod einer versicherten Person im Ausland erfolgen.

VIII. Überführungs- und Bestattungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Todesfall der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 30.000,- Euro. Die Kostenerstattung umfasst die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Anstelle der Kostenübernahme von Überführungs-/Bestattungskosten kann durch den Versicherungsnehmer oder einen verfügungsberechtigten Hinterbliebenen die Auszahlung eines Sterbegeldes in Höhe von 1.500,- Euro je Versicherungsfall gewählt werden. In diesem Fall scheidet eine Übernahme oder Beteiligung an den Kosten der Überführung oder Beisetzung aus.

IX. Kinderbetreuungskosten

Erstattet werden die Kosten für die Betreuung von minderjährigen Kindern, welche die Reise aufgrund von Tod, Unfall oder unerwarteter Erkrankung der beim Versicherer versicherten Betreuungsperson alleine und ohne erforderliche Betreuung unplanmäßig fortsetzen oder abbrechen müssen. Betreuungskosten werden für maximal 14 Tage je Versicherungsfall übernommen.

X. Telefonkosten

Erstattet werden die nachgewiesenen Telefonkosten, die auf Grund der Kontaktaufnahme mit dem Versicherer oder dem vom Versicherer beauftragten Assistenten im Rahmen eines Versicherungsfalles entstehen, bis zu 25,- Euro je Versicherungsfall. Der Kostennachweis ist über den entsprechenden Einzelverbindungsbeleg zu führen.

C) Anhänge

I. Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen [in der Fassung bis zum 22.12.2018]

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (...)

II. Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
 - (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
 - (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.
- (...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (...)

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 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.

D) Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg

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

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.

E) Widerrufsbelehrung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
EUROPA Versicherung AG
Piusstr. 137, 50931 Köln
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 7474
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet werden kann: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/30 der monatlichen Beitragsrate. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2
Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung