

Auslandsreise- Krankenversicherung

| Tarif RK | Inhaltsübersicht | Seite |
|---|--|-------|
| <i>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/RK)</i> | Der Versicherungsschutz | |
| <i>Stand 01.01.2013</i> | § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes | 2 |
| | § 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages | 2 |
| | § 3 Beginn des Versicherungsschutzes | 2 |
| | § 4 Umfang der Leistungspflicht | 2 |
| | § 5 Einschränkung der Leistungspflicht | 3 |
| | § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen | 3 |
| | § 7 Ende des Versicherungsschutzes | 3 |
| | Pflichten des Versicherungsnehmers | |
| | § 8 Beitragszahlung | 3 |
| | § 9 Obliegenheiten | 4 |
| | § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen | 4 |
| | § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte | 4 |
| | § 12 Aufrechnung | 4 |
| | Sonstige Bestimmungen | |
| | § 13 Willenserklärungen und Anzeigen | 4 |
| | § 14 Gerichtsstand | 4 |
| | § 15 Schlussbestimmung | 4 |
| | Anhang | |
| | Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) | 4 |

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsreich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung, zahlt bei dortiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4).

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Einschränkungen der Leistungspflicht des Versicherers ergeben sich aus § 5.

(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. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) notwendige ärztliche Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt sowie ein unvorhersehbarer medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch und
- b) Todesfälle (Überführung bzw. Bestattung am Sterbeort).

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages

(1) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, d. h. Personen, die sich überwiegend in Deutschland aufhalten.

(2) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in Deutschland abgeschlossen werden. Er kommt mit Zugang des ordnungsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrags (auch online) beim Versicherer zu Stande (siehe auch § 3).

(3) Der Versicherungsvertrag gilt für die im Versicherungsschein vermerkte Versicherungsdauer, längstens jedoch für 365 Tage. Die Versicherungsdauer kann vor deren Ablauf verlängert werden, soweit dadurch die Höchstversicherungsdauer von 365 Tagen nicht überschritten wird. Eine Verlängerung über 365 Tage hinaus ist auch nicht möglich, indem mehrere Versicherungsverträge abgeschlossen werden. Werden dennoch mehrere Versicherungsverträge mit einer Gesamtversicherungsdauer von mehr als 365 Tagen abgeschlossen, besteht für den über 365 Tage hinausgehenden Zeitraum kein Anspruch auf Leistungen.

(4) Die Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Entgelte gemäß § 2 Abs. 2 a) der Satzung des Versicherers.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsantrag bzw. im Online-Antrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 2 Abs. 2), nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.

Als Zahlung des Beitrages gilt der Eingang des Versicherungsantrages beim Versicherer (auch online), sofern die Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

Für Versicherungsfälle (siehe § 1 Abs. 2), die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Besteht für ein Neugeborenes oder für ein minderjähriges Adoptivkind eines seit mindestens drei Monaten nach dem Tarif RK versicherten Elternteils kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes gleich.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung, ärztlichen Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel) und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 8 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
- h) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz.

Diese Aufwendungen werden voll ersetzt.

Bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) fällt unter den Versicherungsschutz die entsprechende Leihgebühr. Die Kosten für Hilfsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz (siehe § 5 Abs. 2 d).

Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind einer Versicherten sind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind im Rahmen der Leistungspflicht nach diesem Absatz (1) mitversichert.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann an Stelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld gewählt werden, das 30,00 EUR für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes beträgt. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, besteht im entschädigungspflichtigen Versicherungsfall Anspruch auf Kostenersatz.

(2) Der Versicherer zahlt für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR ohne Kostennachweis.

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

(3) Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeigneten Krankenhaus werden für einen

- a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen in voller Höhe ersetzt. Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten, und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
- b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person die notwendigen Aufwendungen des Krankentransportes, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.

Die Aufwendungen nach § 4 Abs. 3 b) werden auch ersetzt,

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder

- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

(4) Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung (Transportkosten) des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden bis zur entsprechenden Höhe Bestattungskosten am Sterbeort übernommen.

(5) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen sollte spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung oder Bestattung geltend gemacht werden.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 6 genannten Behandlern verordnet werden.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im jeweiligen Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, aufgenommen

- bei Notfallbehandlung,
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer derartigen Krankenanstalt akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten vor Beginn bzw. vor Verlängerung des Versicherungsschutzes behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit

- Behandlungen im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise oder deren Verlängerung waren oder
- bei Reisebeginn bzw. zum Zeitpunkt der Verlängerung der Reise feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise bzw. nach deren Verlängerung stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden).

(2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem

- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- für Hilfsmittel (siehe aber § 4 Abs. 1);
- für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind; die Unterlagen werden Eigentum des Versicherers.

(2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und Arztrechnungen zusätzlich die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für die Erstattung von Rückführungskosten ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes und für die Erstattung von Überführungskosten und Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(4) 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.

(5) 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 wurden, 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.

(6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

(2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag wird pro Tag der Versicherungsdauer - mindestens jedoch für fünf Tage - berechnet. Der Tagesbeitrag beträgt je Person für den 1. bis 42. Tag der Versicherungsdauer 0,90 EUR und vom 43. Tag der Versicherungsdauer an 4,10 EUR.

(2) Der Beitrag wird als Einmalbeitrag für die gesamte Versicherungsdauer bei Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Für eine über 90 Tage hinausgehende Versicherungsdauer kann die Zahlung des Beitrages in Raten vereinbart werden.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht).

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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 § 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 bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 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.

(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 Leistung 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

(5) Soweit bei einem Versicherungsfall Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus, d. h., der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Aufrechnung

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

Sonstige Bestimmungen

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 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.

§ 15 Schlussbestimmung

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beige-fügt.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zur 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 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.