

Tarif Travel m	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/Travel m)</i>		
<i>Stand 01.10.2021</i>		
Tarifbezeichnung im Versicherungsschein		
Wurde der Tarif Travel m für Singles vereinbart, wird er im Versicherungsschein mit der Tarifbezeichnung TRKSM ausgewiesen.		
Wurde der Tarif Travel m für Familien vereinbart, wird er im Versicherungsschein mit der Tarifbezeichnung TRKFM (für die älteste versicherte Person) bzw. TRKFM0 (für die mitversicherten Familienangehörigen) ausgewiesen.		
	Der Versicherungsschutz	
	§ 1 Welche Regelungen gelten für Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?	2
	§ 2 Wie sind Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages geregelt?	2
	§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	2
	§ 4 Was ist im Ausland versichert?	2
	§ 4a Was ist in der Bundesrepublik Deutschland versichert?	3
	§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?	3
	§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?	3
	§ 6a Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?	3
	§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?	4
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
	§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?	4
	§ 8a Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?	4
	§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	4
	§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?	4
	§ 11 Welche Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen gelten bei Ansprüchen gegen Dritte?	4
	§ 12 Wann können Sie aufrechnen?	5
	Ende der Versicherung	
	§ 13 Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	5
	§ 14 Wann endet das Versicherungsverhältnis?	5
	Sonstige Bestimmungen	
	§ 15 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?	5
	§ 16 Welches Gericht ist zuständig?	5
	§ 17 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	5
	Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	5
	Anhang	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	6

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welche Regelungen gelten für Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?

(1) Bei urlaubs- und beruflich bedingten Reisen bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Wir erbringen, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem eintretenden Versicherungsfall

a) im Ausland ersetzen wir dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung, zahlen bei dortiger stationärer Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4). Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland;

b) in der Bundesrepublik Deutschland zahlen wir bei dort notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4a).

(2) Es gelten die Einschränkungen unserer Leistungspflicht nach § 5.

(3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen je Reise innerhalb der Versicherungsdauer (siehe § 7 Abs. 1).

Versicherungsschutz besteht nur für Reisen mit mehr als einer Übernachtung außerhalb des Wohn- oder Arbeitsortes oder wenn die Reise an einen mindestens 100 km vom Wohnort entfernten Ort führt. Wird die Reise vom Arbeitsort aus angetreten, muss der Zielort mindestens 100 km vom Arbeitsort entfernt sein.

(4) 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).

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

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort. Für die versicherte

Person besteht während der Dauer ihres gewöhnlichen Aufenthalts weder in diesem anderen Staat noch in Deutschland (mit Ausnahme der Leistungen gemäß § 4a) Versicherungsschutz.

§ 2 Wie sind Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages geregelt?

(1) Versicherungsfähig sind

a) Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, d. h. sich überwiegend in Deutschland aufhalten. Weitere Voraussetzung ist, dass sie nach mindestens einem weiteren Krankenversicherungstarif der Barmenia versichert sind (siehe § 14 Abs. 1);

b) Familien, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, d. h. sich überwiegend in Deutschland aufhalten. Weitere Voraussetzung ist, dass Sie und Ihre Familienangehörigen im selben Versicherungsvertrag und nach mindestens einem weiteren Krankenversicherungstarif der Barmenia versichert sind (siehe § 14 Abs. 1). Zu einer Familie gehören im Einzelnen

- Sie als Versicherungsnehmer,
- Ihr Ehepartner (auch gleichgeschlechtliche Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz),
- Ihr Lebenspartner,
- Ihre Kinder (auch Pflege-, Stief- und Adoptivkinder) und die Kinder (auch Pflege-, Stief- und Adoptivkinder) Ihres Ehe- bzw. Lebenspartners bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sowie
- Ihre unverheirateten Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung, sofern diese Inhaber eines Schwerbeschädigtenausweises sind, ohne Altersgrenze und die unverheirateten Kinder Ihres Ehe- bzw. Lebenspartners mit geistiger oder körperlicher Behinderung, sofern diese Inhaber eines Schwerbeschädigtenausweises sind, ohne Altersgrenze.

(2) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in Deutschland abgeschlossen werden. Er kommt mit Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) zu Stande (siehe § 3).

(3) Der Versicherungsvertrag gilt für die Dauer eines Versicherungsjahres. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht rechtzeitig vor dem jeweiligen Ablauftermin von Ihnen oder von uns gekündigt wird (siehe § 13 Abs. 1).

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsantrag vermerkten Beginn (Versicherungsbeginn).

Bei der Nachversicherung in einem bereits bestehenden Vertrag bleibt der Lauf des Versicherungsjahres unverändert.

Die Anzahl der versicherten Reisen während der Versicherungsdauer ist nicht begrenzt.

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

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 2 Abs. 2), nicht vor Zahlung des Beitrages (siehe § 8), bei Auslandsreisen nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und bei Inlandsreisen nicht vor dem Verlassen der eigenen Wohnung bzw. des Arbeitsortes (d. h. vor Antritt der jeweiligen Reise).

Für Versicherungsfälle (siehe § 1 Abs. 4), die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 4 Was ist versichert? Im Ausland

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung (auch wenn diese durch eine Pandemie verursacht wird), ärztlichen Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch während eines Auslandsaufenthalts 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 sowie kosmetische Mittel) und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise krankheits- oder unfallbedingt erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten;
- e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- f) Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- g) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in ein nach Abs. 8 anerkanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus;
- h) notwendigen Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
- i) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz.

Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese ärztlich durchgeführt werden.

Diese Aufwendungen werden voll ersetzt.

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 Krankenhausaufenthalts beträgt. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, besteht im entschädigungspflichtigen Versicherungsfall Anspruch auf Kostenersatz.

Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, so fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

An Stelle des Kostenersatzes kann ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR für die Dauer der Begleitung gewählt werden. Diese ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

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

(3) Muss die versicherte Person auf Grund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstatten wir hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 5.000,00 EUR.

(4) Bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland werden die notwendigen Aufwendungen für den Krankentransport einer versicherten Person (einschließlich der Kosten für ggf. erforderliches medizinisch geschultes Begleitpersonal) in voller Höhe ersetzt. Das schließt auch Rettungsflüge (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) ein, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit sind, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Diese Aufwendungen 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 sieben Tage übersteigt.

Zusätzlich wird bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge auf Antrag des Versicherten eine Pauschale in Höhe von 500,00 EUR gezahlt.

(5) Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 EUR ersetzt, oder es werden bis zur entsprechenden Höhe Bestattungskosten am Sterbeort übernommen.

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

(7) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 6 genannten Behandelnden verordnet werden.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland oder unter den im jeweiligen Aufenthaltsland allgemein anerkannten öffentlichen oder privaten 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. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, ausgenommen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,
- 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.

§ 4a Was ist versichert? In der Bundesrepublik Deutschland

(1) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem mindestens 100 km vom ständigen Wohnsitz oder vom Arbeitsort (sofern die Reise von dort aus angetreten wurde) entfernten liegenden Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 8 erfüllt,

- a) zahlen wir für jeden Tag der stationären Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 30,00 EUR ohne Kostennachweis;
- b) übernehmen wir die Transportkosten für die Verlegung aus diesem Krankenhaus in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR.

(2) Stirbt die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR übernommen.

§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

(1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten vor Antritt der jeweiligen Reise behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit

- a) Behandlungen im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder
- b) bei Reisebeginn feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste

wegen des Todes des Ehepartners, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden). Werden auf Grund einer Vorerkrankung Behandlungen notwendig, die vor Reisebeginn nicht feststanden, sind diese im tariflichen Umfang mitversichert.

- (2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem
 - a) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - c) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - d) für Zahnersatz (ausgenommen provisorischen Zahnersatz, vgl. § 4 Abs. 1 i) einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;
 - e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
 - g) 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 können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1a) nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen erteilen wir Kostenzusagen an Dritte?

Eine Kostenzusage kann nur erteilt werden, wenn der Nachweis des Versicherungsschutzes (Versicherungsnummer, Name und Anschrift des Versicherungsnehmers) bei der Beantragung von Kostenzusagen erbracht wird sowie ggf. das Vorliegen der Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit von Familienangehörigen gemäß § 2 Abs. 1 b) anhand einer Kopie des Personalausweises oder Reisepasses und ggf. einer Kopie des Schwerbeschädigtenausweises nachgewiesen wird.

§ 6a Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

(1) Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die gefor-

dernten erforderlichen Nachweise erbracht sind; die Unterlagen werden unser Eigentum.

(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 Krankentransports 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) Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Leistung verlangen.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns 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 wir Überweisungen in das Ausland vornehmen oder auf Ihr Verlangen besondere Überweisungsformen wählen.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch acht Wochen nach Reisebeginn. Der Versicherungsschutz endet auch mit dem Ablauf der Versicherungsdauer. Als Beendigung der Reise gilt bei Auslandsreisen die Grenzüberschreitung nach Deutschland oder die Beendigung des Rücktransportes nach § 4 Abs. 4 und bei Inlandsreisen die Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. an den Arbeitsort (sofern die Reise von dort aus angetreten wurde).

(2) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes 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 ihrer Gesundheit antreten kann.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3) zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Sie betragen monatlich:

a) je Person (siehe § 2 Abs. 1a):

Altersgruppe (Jahre)	EUR
- 17	0,90
18 - 65*	0,90
66 -	3,75

* Der Beitrag gilt bis zum Ende des Monats, in dem das 66. Lebensjahr vollendet wird; danach ist der Beitrag der Altersgruppe ab 66 Jahren zu zahlen.

b) je Familie (siehe § 2 Abs. 1b):

Altersgruppe (Jahre)	EUR
18 - 65*	1,80
66 -	7,50

* Der Beitrag gilt bis zum Ende des Monats, in dem die älteste im Versicherungsvertrag versicherte Person das 66. Lebensjahr vollendet, danach ist der Beitrag der Altersgruppe ab 66 Jahren zu zahlen.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zahlbar (siehe § 2 Abs. 2). Die Erteilung eines Auftrages zum Beitrageinzug gilt als Zahlung des Beitrages, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Kommen Sie mit der Zahlung eines Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(5) Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8a Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?

Wir vergleichen jährlich die kalkulierten mit den tatsächlich erbrachten Versicherungsleistungen und passen, soweit erforderlich, die Beiträge an.

Die Beitragsanpassung wird zum Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung über die Beitragsanpassung an Sie folgt.

§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

(1) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 Abs. 4) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs sowie der Beitragseinstufung erforderlich ist.

(2) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, uns 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 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?

Wir sind 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 Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 11 Welche Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen gelten bei Ansprüchen gegen Dritte?

(1) Haben Sie 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 uns schriftlich abzutreten.

(2) Sie oder die versicherte Person haben (hat) ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versiche-

rungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

(5) Soweit bei einem Versicherungsfall Dritte leistungspflichtig sind oder Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen deren Leistungsverpflichtungen vor, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1a); und zwar auch dann, wenn in einem Versicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

(6) Sie können insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Wann können Sie aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

(1) Der Vertrag kann von Ihnen und von uns jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform gekündigt werden.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Bei der Beitragseinstufung in die nächsthöhere Altersgruppe zum Beginn des Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3), das auf die Vollendung des 18. bzw. 66. Lebensjahres folgt (siehe § 8 Abs. 1), können Sie das Versicherungsverhältnis nach Tarif Travel m hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(5) Erhöhen wir die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (siehe § 8a) oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 17 Abs. 1, so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 14 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

(1) Der Tarif Travel m kann nur in Verbindung mit mindestens einem weiteren Krankenversicherungstarif der Barmenia vereinbart werden. Das Versicherungsverhältnis endet daher hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Beendigung des weiteren Krankenversicherungstarifs der Barmenia. Eine Kündigung ist dafür nicht erforderlich. Die betroffenen versicherten Personen haben jedoch das Recht, die Versicherung dann nach Tarif Travel zu Jahresbeiträgen fortzusetzen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gegeben sind.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet bei Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.

(3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(4) Entfallen für die gemäß § 2 Abs. 1 b) mitversicherten Personen die dort genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit, endet für die betroffene Person das Versicherungsverhältnis zum Ende des Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns bedürfen der Textform.

§ 16 Welches Gericht ist zuständig?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden.

(3) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig.

§ 17 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3) wirksam, sofern die Mitteilung über die Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie mindestens einen Monat vorher erfolgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter

Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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.

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 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.

§ 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 Auskunft- 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.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 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 infolge dessen 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.