

Die Krankenversicherung für Reisen in die Russische Föderation

Unsere Leistungen im Überblick

Ersatz der in Russland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für

- ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert;
- Arznei- und Verbandmittel; Heilmittel;
- Krankenhausbehandlung; Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;
- Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik;
- schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen.

Sowie Kostenübernahme für Rücktransporte und Überführungen aus Russland

Was ist im Krankheitsfall zu tun?

Wir sind immer für Sie da, wenn Sie Hilfe benötigen. Das Moskauer Service-Telefon unseres Partners 'Spasskiye Vorota' steht Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung:

Wählen Sie: **+7 (495) 290 98 18**

В случае необходимости обращайтесь в центр по оказанию помощи:

+7 (495) 290 98 18 (круглосуточно)

Наш партнёр Спасские ворота поможет Вам в выборе клиники/поликлиники.



Wichtige Hinweise zur Leistungserstattung

- Damit Sie keine Vorauszahlungen leisten müssen, kann Ihnen Spasskiye Vorota ein Vertrags-Krankenhaus bzw. eine entsprechende Poliklinik vermitteln.
- Wenn Sie für notwendige Behandlungen diesen Service nicht in Anspruch nehmen bzw. nehmen können, schicken Sie bitte alle Unterlagen wie z.B. Rechnungen und Arztberichte zusammen mit einem Nachweis über die Bezahlung Ihres Beitrages zur Krankenversicherung für Reisen nach Russland (z.B. Kopie des Kontoauszuges, des Überweisungsträgers oder der Quittung des Reisebüros) im Original an uns.
- Bitte geben Sie immer Ihre Versicherungsschein-Nummer an.
- Bei Antragstellung haben Sie Ihre deutsche Bankverbindung angegeben. Auf dieses Konto erhalten Sie auch die Leistungserstattung zu den von Ihnen eingereichten Rechnungen.
Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit Einreichen der Rechnung/en mit. Dafür benötigen wir folgende Angaben: Kontoinhaber, Bank, Bankleitzahl und Kontonummer.

Sollten Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz haben, wenden Sie sich bitte direkt an

AXA Krankenversicherung AG
Abteilung FVS-Spezial
Colonia Allee 10 - 20, D 51067 Köln
Telefon 02 21/148-3 64 25 (zum Vertrag); -2 30 09 (zu Leistungserstattungen)
Telefax 02 21/148-3 62 80
E-Mail fvs@axa.de

Alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag sowie einen Antrag finden Sie im Anhang.



Für Vertrauen im Leben



Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen
und per FAX an 02 21 /148 – 3 67 89 senden oder per Post an AXA Krankenversicherung AG, FVS-SG, 50592 Köln.

Ich beantrage Versicherungsschutz
 nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R 01.2008).

Vermittler: Name, Anschrift / Stempel

Versicherungsschein-Nr.:
 zur Auslandsreise-Krankenversicherung
 - bitte als Urkunde aufbewahren -

9581 -

Antragsteller/in
/ Versicherungs-
nehmer/in

Herr Frau

Firma

Name, Vorname / Firmenname

Vollständige deutsche Anschrift

1. zu versichernde
Person

Herr Frau

Name, Vorname (Falls von Antragsteller abweichend)

Geburtsdatum

2. zu versichernde
Person

Herr Frau

Name, Vorname (Falls von Antragsteller abweichend)

Geburtsdatum

Versicherungszeitraum
/ Beitrag

Datum Reisebeginn

Datum Reiseende

- Beitrag pro Person und Tag bis max. 365 Reisetage (siehe Anhang Teil II der AVB-R für Tarif Reisen nach Russland (Einzelreise), Abschnitt B:
 bis Alter 65: 1.- 30. Tag je 0,60 EUR, ab 31. - 365. Tag je 1,20 EUR
 ab Alter 66: 1.- 30. Tag je 1,20 EUR, ab 31. - 365. Tag je 2,40 EUR
- Das Alter errechnet sich Beginnjahr minus Geburtsjahr.
- Der Mindestbeitrag pro Person und Reise beträgt 3,00 EUR.

Beitrag für 1. Person:

1.-30. Tag: X Tage = EUR
 31.-365. Tag: X Tage = EUR
 Gesamtbeitrag 1. Person = EUR

Beitrag für 2. Person:

1.-30. Tag: X Tage = EUR
 31.-365. Tag: X Tage = EUR
 Gesamtbeitrag 2. Person = EUR

Gesamtbeitrag für
1. und 2. Person

EUR

Widerrufliche
Einzugs-
ermächtigung

Bankverbindung (Der Beitrag kann nur im Lastschrifteinzugsverfahren eingezogen werden.)

Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber (Name, Vorname – nur ausfüllen, wenn nicht Antragsteller)

Unterschrift – falls nicht Antragsteller

Wichtig für
Antragsteller/in
und zu
versichernde
Person/en

! Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung, sie werden wichtige Bestandteile des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift willige ich in die umseitig abgedruckte Datenschutzeinwilligungserklärung ein.

! Sofern Sie den Vertrag für die Dauer von 30 oder mehr Reisetage abschließen, können Sie Ihre Willenserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsabschluss (siehe Nr. 3 der Verbraucherinformation) schriftlich widerrufen. Eine Erklärung in Textform, z. B. per Fax oder E-Mail mit Angabe Ihres vollständigen Namens, reicht aus. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an die AXA Krankenversicherung AG, FVS, Colonia Allee 10 –20, 51067 Köln zu richten. Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Zugang Ihres Widerrufs bei uns liegt, haben wir einen Anspruch auf den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang Ihres Widerrufs bei uns entfällt.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Versicherungs-
bestätigung

Den oben genannten Personen wird Versicherungsschutz nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-R 01.2008) nach Tarif Reisen nach Russland zur Verfügung gestellt. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens mit dem Tag des Fax-Einganges oder des Poststempels des Briefes, mit dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Ferner muss die Beitragszahlung erfolgt sein.

AXA Krankenversicherung AG, Köln

J. [Signature] ppa. Eckhard [Signature]

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung (siehe Nrn. 5 und 6 der Verbraucherinformation).

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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Mindestvertragsdauer

Beginn und Ende des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif und den im Antrag vereinbarten Zeitpunkt/Daten.

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustandekommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
 - b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Winterthur-Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z. B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerneigener Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft eine auf der

Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Sie können jederzeit von uns Kopien der Erklärungen fordern, die Sie in Bezug auf Ihren Vertrag abgeben haben.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 8 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Leistungserstattung

Bitte schicken Sie alle Unterlagen wie zum Beispiel Rechnungen und Arztberichte im Original an:

AXA Krankenversicherung AG, Bereich Spezialversicherungen, 50592 Köln, Telefon: 02 21/148-2 30 09, Telefax: 02 21/148-3 62 80.

Bitte geben Sie stets Ihre Versicherungsnummer an.

Wenn Sie zunächst ihre gesetzliche Kasse in Anspruch nehmen, benötigen wir Rechnungskopien mit dem Erstattungsvermerk.

24-Stunden-Kundenservice

Ein medizinisch notwendiger Rücktransport ins Heimatland ist erforderlich. Sie brauchen Hilfe und Unterstützung?

Rufen Sie uns an – wir organisieren alles für Sie. Unser Servicetelefon ist rund um die Uhr erreichbar – wählen Sie:

Landesvorwahl für Deutschland (in der Regel 0049) plus 180 3-55 66 22*.

*9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abw. Mobilfunktarif.

Geltung

Die in diesem Prospekt angegebenen Konditionen gelten nur für Anträge nach dem 31.12.2007.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia Allee 10 –20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft Köln . Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE 122786679
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank W. Keuper
Vorstand: Gernot Schlösser, Vorsitzender;
Jörg Arnold, Thomas Michels; Dr. Patrick Dahmen (stv.)

Gültig ab 01.08

Verbraucherinformation nach § 10a Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und nach § 48 a des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, vertreten durch ihren Vorstand, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln, eingetragen im Handelsregister Köln, Registernummer HR B 1012.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung in allen Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

2. An wen können Sie sich darüber hinaus wenden?

AXA Krankenversicherung AG,
Firmen, Verbände & Spezialgeschäft, 50592 Köln
oder per E-Mail an fvs@axa.de oder telefonisch 02 21 / 148 – 36425.

3. Wie kommt Ihr Vertrag mit uns zustande?

Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass wir den von Ihnen gestellten Antrag annehmen. Letzteres geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine Erklärung zusenden, mit dem wir Ihren Antrag annehmen. Allerdings können Sie dem Versicherungsabschluss widersprechen oder Ihren Antrag widerrufen. Hierzu verweisen wir auf den fettgedruckten Hinweis am Ende des Begleitschreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein und alle anderen Vertragsunterlagen übersandt werden.

Liegt der Versicherung ein Rahmenvertrag zugrunde, kommt der Versicherungsvertrag durch Anmeldung zu dem entsprechenden Rahmenvertrag zustande.

4. Können Sie von uns Kopien Ihrer Erklärungen verlangen?

Sie können jederzeit von uns Kopien der Erklärungen fordern, die Sie in Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben.

5. Welche Bedingungen, Tarif- und Leistungsbestimmungen sowie welches Recht gelten für diesen Vertrag?

Es gelten:

- die im Versicherungsschein genannten Bedingungen und Tarif(e), aus denen sich die einschlägigen Leistungsbestimmungen ergeben.
- das Deutsche Recht.

6. Welche Vertragssprache verwenden wir?

Alle Vertragsbedingungen und Informationen sind auf deutsch. Während der Laufzeit des Vertrages werden wir mit Ihnen in deutscher Sprache kommunizieren.

7. Was sind die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherung?

Diese Angaben können Sie entweder dem Versicherungsschein, den beigefügten Informationen oder der Blockpolice entnehmen.

8. Welche Laufzeit hat Ihr Vertrag?

Beginn und Ende des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif und dem im Antrag vereinbarten Zeitpunkten/Daten.

9. Wie hoch ist der Beitrag und wie ist die Beitragszahlungsweise?

Diese Angaben können Sie entweder dem Versicherungsschein, den beigefügten Informationen oder der Blockpolice entnehmen.

10. Was sind die Folgen, wenn Sie nicht oder nicht rechtzeitig zahlen?

Wenn Sie Ihren Erstbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, siehe auch § 2 Abs. der diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB).

Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine gebührenpflichtige schriftliche Mahnung. Darin setzen

wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Monaten. Sollten Sie den Rückstand nicht innerhalb dieser Frist ausgleichen, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

Einzelheiten hierzu können Sie § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den §§ 37, 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) entnehmen.

11. Lässt sich Ihre Versicherung vorzeitig kündigen?

Nein.

12. Können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Nein

13. Fallen zusätzliche Gebühren oder Kosten an?

Es fallen keine zusätzlichen Kosten oder Gebühren an.

14. Welche Grundsätze gelten für die Überschussermittlung und -beteiligung?

Für Krankenversicherungen mit einer Höchstvertragslaufzeit (befristete Krankenversicherungen) werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Insoweit kommen die Grundsätze für die Überschussermittlung und -beteiligung nicht zur Anwendung.

Dies gilt auch für Auslandsreisekrankenversicherungen.

15. Welche speziellen Risiken bestehen?

Da eine Alterungsrückstellung nicht gebildet wird, bestehen keine Risiken.

16. Welche steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen gelten für Ihre Versicherung?

Keine.

17. Welches ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Fax: 0228/4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de
Web-Seite: www.bafin.de

18. An wen können Sie sich mit einer Beschwerde wenden?

Sie können sich an die unter Ziffer 17 genannte Aufsichtsbehörde wenden. Alternativ können Sie sich wenden an:

PKV-Ombudsmann e.V.
Leipziger Str. 104
10117 Berlin
Tel.: 01802550444

FAX.: 03020458931

Web-Seite: www.pkv-ombudsmann.de

Die Frist zur Einlegung der Beschwerde beträgt ein Jahr ab Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers. Ist jedoch der AXA nach § 12 III VVG leistungsfrei, ist eine Beschwerde beim Ombudsmann nicht möglich.

19. Gibt es für den Fall, dass ein deutscher Krankenversicherer insolvent wird, einen Garantiefonds oder eine sonstige Entschädigungsregelung?

Ja, die Mediator AG, mit Sitz in 50968 Köln, Bayenthalgürtel 26, Handelsregister Köln HR B Nr. 51411.

Alle weiteren vertragsrelevanten Hinweise ergeben sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein, den allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Tarifbedingungen und Tarifen.

Gültig ab 01.08

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil I : Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich 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 unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

(4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

(5) Versicherungsfähig sind, soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält, Personen die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.

(2) Auslandsreisen, bei denen die Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

(3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluß und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines.

Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.

(2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren (§ 8 Abs. (2)) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.

(3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.

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

(4) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt folgendes:

- a) Der Rücktransport eines Erkrankten muß medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen.
- b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewendet 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) für bei der Reise durch Kriegseignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursachte Krankheiten/Unfälle mitsamt deren Folgen oder Todesfälle;
- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
- g) für Hilfsmittel;
- h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet.
- k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

l) Für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessenen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungsschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.

(2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

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

(9) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; s. Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.

(2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluß des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(2) Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschriftinzugsverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Abbuchungsermächtigung, wenn danach der Versicherer den Beitrag abbuchen konnte.

§ 8a Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers - z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung - ändern. Dementsprechend verleiht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Die Beiträge werden, soweit nach dem Ergebnis der Überprüfung erforderlich, auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepaßt. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 8b Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres (s. Tarif), auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen

- bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen, wenn deren Ersetzung zur Fortsetzung des Vertrages notwendig ist,
- bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie die §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 Abs. 2 AVB-R betrifft.

(2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(3) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Bedingungsanpassung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen, - jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zu Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung 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 Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. 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.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 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 in 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 01.08

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 14

(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 befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllende 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.

§ 82

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung 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.

(4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 86

(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.

Auslandsreise-Versicherung für Reisen nach Russland

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen**

Teil II : Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen nach Russland

Tarif/Klasse	Reisen nach Russland (9581 - Einzelreise)									
A. Leistungen des Versicherers	<p>I. Ersatz der in Russland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. Heilmittel; 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen. <p>II. Darüber hinaus erstattet der Versicherer für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rücktransport aus dem europäischen Teil Russlands bis 5.000 Euro aus dem übrigen Teil Russlands bis 10.000 Euro 2. Überführung aus dem europäischen Teil Russlands bis 5.000 Euro aus dem übrigen Teil Russlands bis 10.000 Euro <p>Alle Rücktransporte und Überführungen <u>müssen</u> mit dem Versicherer abgestimmt werden. Als erstattungsfähig gelten nur die Kosten von Rücktransporten, die medizinisch notwendig sind und ärztlich angeordnet wurden, und für die der Versicherer vor dem Rücktransport eine Leistungszusage erteilt hat.</p> <p>III. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 25 Euro.</p>									
B. Beiträge und Gebühren	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. 2. Versicherungsschutz für eine Einzelreise: Der Beitrag in EUR pro Person und Tag je angegebenen Reisetag beträgt <table border="1" data-bbox="528 1048 1442 1137" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>vom 1. 30. Tag</th> <th>vom 31. - 365. Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 65 Jahre</td> <td>0,60</td> <td>1,20</td> </tr> <tr> <td>66 Jahre und darüber</td> <td>1,20</td> <td>2,40</td> </tr> </tbody> </table> <p>Der Mindestbeitrag pro Person und Reise beträgt 3,00 Euro.</p>		vom 1. 30. Tag	vom 31. - 365. Tag	0 - 65 Jahre	0,60	1,20	66 Jahre und darüber	1,20	2,40
	vom 1. 30. Tag	vom 31. - 365. Tag								
0 - 65 Jahre	0,60	1,20								
66 Jahre und darüber	1,20	2,40								
C. Sonstige Bestimmungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es können maximal die ersten 365 Reisetage versichert werden 2. Personen, die mehr als 90 Reisetage absichern, können frühestens nach einem 90-tägigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland erneut den Tarif für Reisen nach Russland abschließen. 3. Beginn und Ende einer jeden Russland-Reise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. 									

Gültig in Verbindung mit Teil I AVB-R Allgemeine Bedingungen

Gültig ab 01/08