

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (Tarif GAJ1-90j)



Fassung Januar 2018

Sparkasse Fürth
Maxstraße 32, 90762 Fürth

Versicherer: UKV Unionkrankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2
66123 Saarbrücken
Telefon: +49 (0)211 536 3888

§ 1 Versicherter Personenkreis

Versichert ist der Inhaber der Kreditkarte (Hauptversicherter).

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt vorbehaltlich des Abschlusses eines gültigen Kreditkartenvertrages, ab Beantragung der Kreditkarte, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 34. Lebensjahres des Karteninhabers.

§ 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten 90 Tage (maximale Dauer des Versicherungsschutzes) eines jeden Auslandsaufenthaltes innerhalb des Versicherungsjahres. Das Versicherungsjahr erstreckt sich, vorbehaltlich des Abschlusses eines gültigen Kreditkartenvertrages, über einen Zeitraum von jeweils 365 Tagen ab Beantragung der Kreditkarte.

2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland, sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

§ 4 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

2. Versicherungsfall ist:

- a) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen;
- b) ein medizinisch notwendiger und ärztlich verordnete Krankenrücktransport sowie der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgelehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

1. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung werden die nachstehenden Kosten in voller Höhe ersetzt, und zwar ausschließlich für

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel mit Ausnahme von Nahrungsmitteln;
- c) Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme Licht- und Elektrotherapien;
- d) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- f) medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus oder Arzt;
- g) schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays).

2. Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

3. Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

5. Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger teilweise übernommen, so zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung – höchstens 30,- EUR täglich. Anstelle jeglicher Kostenerstattung kann ein Krankenhaustagegeld von 30,- EUR pro Tag gewählt werden.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Bei Versicherungsfällen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (also insbesondere vor Grenzüberschreitung ins Ausland) eingetreten sind, wird für solche Behandlungen nicht geleistet, von denen bei Grenzüberschreitung ins Ausland feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

2. Keine Leistungspflicht besteht außerdem

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht worden sind;
- c) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- d) für Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung, auch wenn diese durch einen Unfall herbeigeführt wurde;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, es sei denn, dass durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- g) für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Psychotherapie;
- i) für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind;
- j) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder 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.

4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche der versicherten Person auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Kostenbelege können nur dann erstattet werden, wenn sie unter Angabe der Nummer der Kreditkarte dem Versicherer direkt eingereicht werden. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise im Original erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

2. Alle Belege müssen enthalten: den Namen des Heilbehandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), die einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten. Aus den Rezepten müssen die verordneten Medikamente, die Preise und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

3. Für die Erstattung der Rücktransportkosten gemäß § 5 Nr. 2 ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes vorzulegen.

4. Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten sind die amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

5. Die in Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim 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, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

6. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen in das Ausland und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

7. Der Versicherer leistet an den Inhaber der Kreditkarte (Hauptversicherer). Hat der Inhaber der Kreditkarte die versicherte Person für deren Versicherungsleistungen als empfangsberechtigte Person in Textform gegenüber dem Versicherer bestimmt, so leistet der Versicherer an diese.

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

§ 8 Anspruch auf Versicherungsleistungen

1. Anspruch auf die Versicherungsleistungen hat der Inhaber der Kreditkarte (Hauptversicherer) bzw. die nach § 7 Nr. 6 als empfangsberechtigt benannte versicherte Person.

2. Gegen diesen Anspruch der versicherten Person darf der Versicherer nicht mit den ihm zustehenden Forderungen aus dem Vertrag mit dem Kreditkarten-Emittenten aufrechnen; die Vorschrift des § 35 Versicherungsvertragsgesetz wird abbedungen.

3. Versicherungsschutz besteht subsidiär zu anderweitig bestehendem Versicherungsschutz, d. h., sofern Versicherungsschutz für dieselbe Gefahr auch noch bei einem anderen Versicherer besteht, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Der versicherten Person steht es frei, welchem Versicherer sie den Schadenfall anzeigt. Meldet sie den Schadenfall der Union Krankenversicherung AG, dann wird diese insoweit auch in Vorleistung treten.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes unter Berücksichtigung von § 3 Nr. 1, spätestens mit dem Wegfall der Kreditkarteninhaberschaft oder – bei Beendigung des Vertrages mit dem Kreditkarten-Emittenten – mit dem Ende des durch die letzte Kreditkartenjahresgebühr gedeckten Zeitabschnitts. Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in das Inland.

2. Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 34. Lebensjahres des Karteninhabers.

3. Erfordert ein Versicherungsfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt der ursprünglichen Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

§ 10 Welche Obliegenheiten sind nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?

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

2. Der Hauptversicherte und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Insbesondere ist die versicherte Person verpflichtet, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht abzugeben. Außerdem sind dem Versicherer auf dessen Verlangen Beginn und Ende eines jeden Auslandsaufenthaltes nachzuweisen.

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

§ 11 Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

1. Verletzt der Hauptversicherte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherten entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.

2. Außer im Falle der Arglist ist der Versicherer jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit der Hauptversicherte oder die versicherte Person nachweist, dass 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.

3. Verletzt der Hauptversicherte oder die versicherte Person eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Hauptversicherte oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 86 VVG 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. Gibt der Hauptversicherte oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

2. Der Hauptversicherte 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 Hauptversicherte oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen 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 Hauptversicherten oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

5. Wurde von einem Dritten Schadenersatz nicht versicherungsrechtlicher Art geleistet, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen, soweit der geleistete Schadenersatz und seine Versicherungsleistung zusammen den tatsächlichen Schaden übersteigen würden.

6. Erfährt der Versicherer nach Erbringung der Versicherungsleistung davon, dass von einem Dritten Schadenersatz nicht versicherungsrechtlicher Art geleistet wurde, kann er die erbrachte Versicherungsleistung, soweit der geleistete Schadenersatz und seine Versicherungsleistung zusammen den tatsächlichen Schaden übersteigen, zurückfordern.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen des Hauptversicherten oder der versicherten Person bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail).

§ 14 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Hauptversicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Hauptversicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Hauptversicherte nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder dem gewöhnlichen Aufenthaltsort des Hauptversicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3. Verlegt der Hauptversicherte nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die Bundesrepublik Deutschland oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 15 Angaben über Beschwerdestellen

Beschwerdestelle und Aufsichtsbehörde für die Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft (UKV). Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Betreuer oder direkt an uns. Die UKV nimmt am Streitbelegungsverfahren des Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, teil. Nachdem Sie Ihre Beschwerde erfolglos bei uns geltend gemacht haben, können Sie sich schriftlich an den Ombudsmann wenden. Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich.

§ 16 Aufsichtsbehörde

Bei Beschwerden über eine Versicherungsgesellschaft können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherung –, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, wenden.