



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Inhalt

Produktinformationsblatt

Kundeninformationen

Tarif RI für Einzelperson

Tarif RIF Familientarif

Produktinformationsblatt

– Wichtige Informationen für Ihren Versicherungsvertrag –

Die folgenden Informationen sind nicht abschließend, sie sollen Ihnen aber einen ersten Überblick über die wesentlichen Vertragsinhalte geben. Weitere wichtige Erläuterungen sind in den beiliegenden Versicherungsbedingungen enthalten.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Auslandsreise-Krankenversicherung für private und berufliche Reisen bis max. 42 Tage je Reise.

Was ist versichert?

Versichert sind beispielsweise die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlung.

Weitere Informationen lesen Sie hierzu bitte im § 1 und § 4 der Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist der zu zahlende Beitrag und was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

Voraussetzung für das Zustandekommen des Versicherungsvertrages ist die Zustimmung zum Lastschriftinzugsverfahren. Die Beiträge buchen wir zum Versicherungsbeginn von dem von Ihnen angegebenen Konto ab.

Die Höhe des Jahresbeitrags beträgt für:

Personen bis 69 Jahre 6,— € pro Person Einzeltarif (RI); 14,50 € Familientarif (RIF)*

Personen ab 70 Jahre 17,— € pro Person Einzeltarif (RI); Zuschlag von 11,— € je Person Familientarif (RIF)*

* In der Familienversicherung sind Ihr Ehe- bzw. Lebenspartner und die noch in Ausbildung befindlichen Kinder bis zum 21. Lebensjahr mitversichert. Voraussetzung ist nur, dass sie mit in Ihnen häuslicher Gemeinschaft leben. Versicherungsschutz besteht natürlich auch, wenn Familienmitglieder getrennt voneinander verreisen (s. dazu auch § 1 der Versicherungsbedingungen).

Weitere Informationen zu den Beiträgen können Sie in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nachlesen.

Bei nicht rechtzeitigen Zahlungen des Erst- oder Folgebeitrages werden Mahnkosten erhoben und es kann unter Umständen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Welche Leistungseinschränkungen gibt es?

Diese finden Sie in § 5 der Versicherungsbedingungen.

Sie erhalten beispielsweise keine Leistungen für Zahnersatz und selbst organisierte Rücktransporte.

Was müssen Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles beachten und welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Einzelheiten der Folgen von Obliegenheitsverletzungen sind in § 28 VVG (Versicherungsvertragsgesetz), § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt und kommen im Falle einer Nichtbeachtung der Obliegenheiten zur Anwendung.

Beispielsweise sollten im Krankheitsfall Handlungen vermieden werden, die Ihrer Genesung hinderlich sind. Weiterhin brauchen wir Ihre Unterstützung zur Prüfung der Leistungspflicht (z. B. anhand Unterlagen).

Bei Zuwiderhandlung oder wenn die erforderlichen Angaben nicht gemacht werden, können wir – je nach dem Grad Ihres Verschuldens – die Versicherungsleistung kürzen oder auch vollständig verweigern. Nähere Einzelheiten finden Sie z. B. in § 10 und 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Hinweise zur Vertragslaufzeit sowie Beendigungsmöglichkeiten

Der Beginn, die Dauer und das Ende der Auslandsreise-Krankenversicherung ist in § 2, § 3 und § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verankert. Neben diesen Voraussetzungen beginnt der Vertrag frühestens an dem Tag, an dem der Antrag beim Versicherer eingegangen ist.

Der Vertrag wird erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein weiteres Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht einen Monat vor dem jeweiligen Ablauf kündigt.

Die Versicherungsjahre rechnen jeweils vom Versicherungsbeginn an und fallen nicht mit dem Kalenderjahr zusammen.

Kundeninformationen

Identität des Versicherers, ladungsfähige Anschrift

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96447 Coburg

Sitz der AG: Coburg; eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 1537; St.Nr. 9212/101/00021

Ladungsfähige Vertreter sind die Vorstände Dr. Hans Olav Herøy und Stefan Gronbach

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Anschrift der Aufsichtsbehörde

Private Krankenvoll- und -zusatzversicherungen

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Garantiefond, Entschädigungsregelung

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung AG ist Mitglied der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln.

Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrages werden der Antrag und die Versicherungsbestätigung sowie etwaige Nachträge und die Vertragsbedingungen. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung. Die Versicherungsbestätigung stellt die Versicherungspolice dar.

Versicherungsschutz

Bei der Versicherungsart handelt es sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung.

Ausführlichere Informationen über Art und Umfang des Versicherungsschutzes sowie Fälligkeit und Auszahlung der Versicherungsleistungen finden Sie unter § 1 und in § 4 und § 6 der Versicherungsbedingungen.

Versicherungsbeitrag

Die Höhe des Jahresbeitrages finden Sie im Produktinformationsblatt.

Zusätzlich anfallende Kosten (z. B. Telekommunikation)

Sie erreichen uns unter den angegebenen Rufnummern. Dabei fallen die üblichen Kosten für Orts-, Fern- oder Mobilgespräche innerhalb des gewählten Netzes an.

Einzelheiten zur Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Prämienzahlung

Wir möchten die Abläufe so kostengünstig wie möglich halten, um Ihnen ein ausgezeichnetes Preis-/Leistungsverhältnis bieten zu können. Aus diesem Grund ist es nur möglich, die Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen, wenn auch dem Lastschriftinzugsverfahren zugestimmt wird. Sie haben dadurch konkrete Vorteile. Ihr Beitrag wird ohne zusätzlichen Aufwand für Sie bequem vom Konto eingezogen. Sie haben selbstverständlich die Möglichkeit, bei Unregelmäßigkeiten diesen Bankeinzug wieder rückgängig zu machen. Für Sie besteht somit kein Risiko.

Weitere Einzelheiten zu den Beiträgen können Sie im § 8 der Versicherungsbedingungen nachlesen.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf weiteres. Änderungen behalten wir uns vor.

Beginn des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (beantragter Versicherungsbeginn), frühestens jedoch an dem Tag, an dem uns der Antrag zugegangen ist.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Annahme des Versicherungsantrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Nähere Angaben hierzu finden Sie im § 2 und § 7 der Versicherungsbedingungen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-mail) widerrufen. Diese Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die sonstigen gesetzlich vorgeschriebenen Informationen in Textform erhalten. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf hat die unten beschriebenen Rechtsfolgen.

Er ist zu richten an:

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg
E-mail: info@huk-coburg.de

Widerrufsfolgen

Mit Zugang Ihres Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz. Soweit Sie auf den zu zahlenden Versicherungsbeitrag hingewiesen wurden und zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, müssen Sie uns den auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des ausgewiesenen Versicherungsbeitrags bezahlen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bereits Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. In beiden Fällen erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Kalendertagen, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil eines bereits gezahlten Beitrags.

Nur wenn Sie noch keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben und ein Hinweis auf den zu zahlenden Versicherungsbeitrag oder Ihre Zustimmung zum vorzeitigen Versicherungsbeginn fehlen, erstatten wir Ihnen zusätzlich den gesamten für das erste Jahr des Versicherungsschutzes bereits gezahlten Beitrag zuzüglich Zinsen.

Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

Die Versicherungsjahre rechnen jeweils vom ursprünglichen Versicherungsbeginn an und fallen nicht mit dem Kalenderjahr zusammen.

Mitgliedsstaaten der EU, deren Recht der Versicherer zu Grunde legt

Deutschland

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es gilt deutsches Recht.

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.

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.

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 im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Vertragssprachen

Die Vertragssprache ist deutsch.

Fragen und Beschwerden, Aufsichtsbehörde

a) Wenden Sie sich an uns...

wenn Sie Fragen oder Anlass zu Beschwerden haben. Wir sind stets bestrebt, Klärung bzw. Abhilfe zu schaffen.

b) Wenn wir einmal nicht weiterhelfen können...

haben Sie die Möglichkeit, das außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann in Anspruch zu nehmen oder sich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden.

PKV-Ombudsmann, Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif RI für Einzelperson Tarif RIF Familientarif

Wohnsitzes einer versicherten Person in Deutschland endet insoweit der Versicherungsschutz.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, deren Verschlechterung oder akuter Folgen eines Unfalls. 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 gilt auch der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Online-Antrag und der Versicherungsbestätigung, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den in Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das deutsche Staatsgebiet.
- (5) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer des Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 42 Tagen nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Leistungspflicht nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. § 7 Abs. 2 gilt entsprechend. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- (6) Versicherbar sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Versichert sind im Familientarif der Versicherungsnehmer sowie der im Antrag namentlich benannte Ehegatte oder Lebenspartner und deren unverheiratete, noch in Ausbildung befindliche Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Voraussetzung für die Mitversicherung ist das Zusammenleben aller versicherten Personen in häuslicher Gemeinschaft. Mitversicherte Kinder sind bei Antragstellung anzuzeigen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Annahme des Versicherungsantrags und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.
- (3) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Bestätigung des Antrags zu Stande.
- (4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers in Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Für den Fall der Aufgabe des ständigen

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der Versicherer erstattet die während eines Auslandsaufenthalts entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Der Versicherer leistet im vertraglichem Umfang für Untersuchungs oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistung auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Als Versicherungsfall gelten auch vor Reiseantritt nicht vorauszusehende regelwidrige Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten oder notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche. Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifgemäß erstattet werden.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (3) Arznei, Verband und Heilmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.
- (4) 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.
- (5) Erstattungsfähig sind

1. medizinisch notwendige Aufwendungen für

- a) ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik;
- b) Arznei, Heil und Verbandmittel auf Grund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder, medizinische Packungen und Krankengymnastik. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- c) Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten
- d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern diese in einem Krankenhaus erfolgt, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
- e) notwendigen Transport zur erforderlichen akuten Erstversorgung zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von der Erstversorgungseinrichtung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus im jeweiligen Land
- f) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie.

2. Außerdem übernehmen wir

- a) den medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Für den Rücktransport bieten wir einen 24Stunden Notrufservice an. Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde.

- b) die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 6.000 Euro Versicherungsleistung;
 - c) die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
- Die Aufwendungen zu 1. und 2. werden mit 100 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge erstattet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für
- a) Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - b) Behandlungen und Rücktransporte (einschließlich Überführungen und Bestattungen) wegen der in § 1 (2) genannten Ereignisse, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person auf Grund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z. B. durch Reise警告ungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Suchtstoff-, Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose, Psychotherapie und Psychiatrie;
 - f) Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays, Onlays und für Kieferorthopädie;
 - g) Hilfsmittel (vgl. aber § 4 (5) 1.c);
 - h) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - i) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Versicherungsfall Leistungen nach § 4 notwendig werden.
 - j) Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet;
 - k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen 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

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurkunden vorgelegt und die erforderlichen Nachweise – dazu gehören auch Zahlungsnachweise (Bankbelege, Kreditkartenbelege etc.) und Reisezeitraumbestätigungen – erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z. B. den in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen vermerkt hat oder wenn eine Mitteilung über den Gesamterstattungsbetrag vorgelegt wird.
- (2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit 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 die in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

- (4) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt.
- (5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß »Devisenkurs-statistik«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Beleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme einer Überweisung auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsverhältnisses. Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus mit dem Ablauf der ersten 42 Tage eines Auslandsaufenthaltes.
- (2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

§ 8 Beiträge

- (1) Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Der Erstbeitrag wird mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und wird ebenso wie die Folgebeiträge von dem im Antrag angegebenen Girokonto eingezogen.
- (2) Der Beitrag erhöht sich für jede versicherte Person nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet, um den im Antrag genannten Zuschlag.
- (3) Der Beitrag für bestehende Versicherungsverträge kann mit Wirkung vom Beginn des folgenden Versicherungsjahres geändert werden. Dabei darf der geänderte Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge den Beitragssatz für Neuverträge nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem eine Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Die Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer gleichzeitig über sein Kündigungsrecht schriftlich belehrt worden ist.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die versicherte Person hat alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat sämtliche Belege im Original spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen.
- (3) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Hierzu ist der Versicherer zu ermächtigen, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf der Versicherer Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn

eine der o. g. Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Leistungsfreiheit des Versicherers

Der Versicherer ist von der Entschädigungspflicht frei, wenn

1. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat;
2. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Ursachen zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Darüber hinaus ist der Versicherer berechtigt, im Fall der grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnisse zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 12 Forderungsansprüche gegen Dritte

- (1) Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt.

Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadensfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der HUK-COBURG-Krankenversicherung, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

- (2) Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.
- (3) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Ver-

pflichtung zur Leistung frei, als der Versicherte aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen grundsätzlich der Schriftform.

§ 15 Gerichtsstand und Beschwerdestelle

- (1) Bei Klagen aus dem Versicherungsverhältnis wird deutsches Recht angewendet.

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.

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.

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

- (2) a) Wenden Sie sich an uns ...

Wenn Sie Fragen oder Anlass zu Beschwerden haben. Wir sind stets bestrebt, Klärung bzw. Abhilfe zu schaffen.

- b) Wenn wir einmal nicht weiterhelfen können ...

Haben Sie die Möglichkeit, das außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen oder sich an die Aufsichtsbehörde zu wenden.

Anschriften:

PKV-Ombudsmann
Kronenstraße 13, 10117 Berlin

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten.

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Abweichendes bestimmt ist (§ 1 Abs. 3), gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

§ 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

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
- (2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass
 1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann.
 2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
 3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich die Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsvertrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise abgelehnt, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise abgelehnter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen

(Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an den Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Verband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens DREI Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite und Bausparen, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, beispielsweise die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung, der Vertrieb und der Datenschutz. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Ihre Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge und das versicherte Risiko bzw. die Versicherungssumme, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt und sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann u. a. eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen und der HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungskasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg zur Wahrnehmung der oben genannten zentralen Funktionen. Für alle zugriffsberechtigten Mitarbeiter gelten die gleichen Pflichten bei der Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

**HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungskasse
kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg**

HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG

HUK-COBURG-Bausparkasse AG

HUK24 AG

HUK-COBURG-Assistance GmbH

BRUDERHILFE Sachversicherung AG im Raum der Kirchen

BRUDERHILFE Rechtsschutz Schadenregulierungs-GmbH

FAMILIENFÜRSORGE Lebensversicherung AG im Raum der Kirchen

**PAX-FAMILIENFÜRSORGE Krankenversicherung AG
im Raum der Kirchen**

GSC Service- und Controlling GmbH

**IPZ Institut für Pensions-Management
und Zusatzversorgung GmbH**

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. Kreditinstitute im Rahmen der Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch unsere Vermittler betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen beraten. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch von Ihnen aufgesuchte Vermittlungsgesellschaften.

Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder unserer Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers, 96444 Coburg. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.