



Für deine weltweite Absicherung.

Der neue Auslandsreiseversicherungsschutz: GesundheitGLOBAL

Du planst einen spannenden Auslandsaufenthalt? Du suchst die Herausforderung, dich zu verwirklichen, oder einfach ein neues Abenteuer? Nichts ist wichtiger, als im Ausland top abgesichert zu sein. Bei dem Tarif GesundheitGLOBAL handelt es sich um eine längerfristige Reisekrankenversicherung, die weltweit sichere Leistungen erbringt. Starte deinen Trip in die Ferne mit einem Koffer voller Ziele und Wünsche und einer Krankenversicherung, auf die du dich weltweit verlassen kannst!

Deine Sicherheit **im Ausland.**

A **Ambulante Behandlung**

- Die Behandlung beim Arzt oder Facharzt deiner Wahl
- Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel bis zu insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr, unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge sowie die Entbindung
- Medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus oder Notfallarzt (bei Flugrettung Höchstsatz von 2.500 EUR, außer bei lebensbedrohlicher Erkrankung)

B **Im Krankenhaus**

- Behandlung, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus deiner Wahl
- Krankenhausleistung und Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztliche Leistungen
- Der medizinisch notwendige Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus (bei Flugrettung Höchstsatz von 2.500 EUR, außer bei lebensbedrohlicher Erkrankung)
- Unaufschiebbare Operationen und Operationsnebenkosten

C **Beim Zahnarzt**

- Schmerzstillende Zahnbehandlung, Provisorien und Reparatur von vorhandenen Prothesen, bis zu 500 EUR je Kalenderjahr
- Unfallbedingt notwendiger Zahnersatz zu 80 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchsterstattungsbetrag von 1.600 EUR pro Jahr

D **Rücktransport**

- Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransports ins Heimatland
- Bestattung am Sterbeort oder Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz

Deine Sicherheit **im Inland.**

Auch in der Heimat sorglos versichert

Sofern keine deutsche private oder gesetzliche Krankenversicherung existiert, bietet der Tarif bei vorübergehender Rückkehr nach Deutschland bis zu sechs Wochen Versicherungsschutz im Kalenderjahr.

■ **Ambulante und zahnärztliche Behandlung, siehe Punkt A und C**

Ärztliche Honorarkosten – bis zu den Regelhöchstätzen der GOÄ/GOZ

■ **Behandlung im Krankenhaus, siehe Punkt B**

Allgemeine Krankenhausleistungen sowie belegärztliche Leistungen bis zu den Regelhöchstätzen der GOÄ



Dein Beitrag **im Überblick.**

Ein Beitrag für alle Fälle

Deine Leistungen erhältst du zuverlässig ab dem ersten Tag deiner Reise. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er wird von einem deutschen Konto in gleichen monatlichen Beitragssraten abgebucht.

Monatsbeitrag		Monatsbeitrag Hochpreisländer	
Alter	Euro	Alter	Euro
0–30 Jahre	49,90 EUR	0–30 Jahre	87,30 EUR

Für die Hochpreisländer USA, Kanada, Australien, Japan, Singapur und Hongkong gelten andere Beiträge. In diesen Ländern können im Krankheitsfall enorme Kosten für eine medizinische Behandlung entstehen. Da es z. B. in Amerika kein staatliches Gesundheitssystem gibt, sind Ärzte und Krankenhäuser auch nicht an festgeschriebene Kostensätze gebunden und können Behandlungen individuell – und oft zu Lasten des Patienten – berechnen. **GesundheitGLOBAL schützt dich professionell vor diesen Kostenfallen und gibt dir das sichere Gefühl, im Ausland bestens versorgt zu sein!**

Tarifauszüge: Stand 04.2013. Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife.

Antrag

Auslandsreise-Krankenversicherung GesundheitGLOBAL

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Herr Frau Firma

UKV-Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Titel/Name

Vorname Geb.-Tag Monat Jahr

Straße Haus-Nr.

Länderkennzeichen/Postleitzahl Wohnort (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag)

Telefon privat/Mobil (freiwillige Angaben) E-Mail-Adresse/Fax-Nr. (freiwillige Angaben)

Für Fragen: Name, Telefonnummer und Fax des Kundenbetreuers

Zahlungsart/Zahlungsweise

Einzugsermächtigung (deutsches Konto)

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto eingezogen werden. Auf dieses Konto sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Bankleitzahl Kontonummer Name, Postleitzahl, Ort des Geldinstituts

Kontoinhaber Unterschrift (wenn nicht Antragsteller)

Zahlungsweise
Sofern keine Angabe erfolgt, gilt monatliche Zahlungsweise
jährlich

Ich beantrage bei der Union Krankenversicherung AG den Abschluss der nachfolgend näher bezeichneten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung. Der Versicherungsvertrag wird für den angegebenen Zeitraum, maximal für fünf Jahre, abgeschlossen.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten oder ihn zu kündigen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann – Einzelheiten siehe „Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf der Antragsrückseite.

Zu versichernde Person

weiblich männlich

Vorname Name (falls abweichend vom Antragsteller) Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche

Tätigkeitsstatus selbstständig Arbeitnehmer verbeamtet sonst.

Versicherungsschutz/Beitrag

Maßgebend sind die jeweiligen Tarife und zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen

Tarifbezeichnung **GesundheitGLOBAL**

monatlicher Beitrag in EUR Versicherungsbeginn Versicherungsende

Ausreise aus Deutschland am: Reiseland/Grund des Auslandsaufenthaltes

Bestehende Versicherungen

Besteht während des Auslandsaufenthaltes – zusätzlich zu dieser Auslandsreise-Krankenversicherung – Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung

nein ja Krankenkasse

Besteht während des Auslandsaufenthaltes eine Anwartschaft auf eine gesetzliche oder private Krankenversicherung?

nein ja Gesellschaft/Krankenkasse

Beratungsergebnis und Empfehlung

Sie interessieren sich für eine Auslandsreise-Krankenversicherung bei längerfristigen Auslandsaufenthalten (z. B. Studium, Schüleraustausch, work&travel). Ihrem Wunsch entspricht der oben beantragte Tarif.

Bestätigungen zu den Informationspflichten gemäß § 7 VVG

Ich habe das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

Antrag wurde gefaxt am:

Produktionsstatistikleiste

Nr. Abschlussvermittler (AV)										
Nr. Unterabschlussvermittler (UAV) / Kundenberater (KB)										
Nr. Bestandsbetreuer (BV)										
Nr. Unterbestandsbetreuer (UBV)										
Nr. Nebenvermittler (NV1) / Spk-MA (SNV 1)										
Nr. Nebenvermittler (NV2) / Spk-MA (SNV 2)										
Nr. Vertriebsunterstützung (SPB / DBV bAV)										

Art des Abschlusses:	
Gemeinschaftsgeschäft SPK – AD	1
Eigengeschäft Außendienst (AD)	2
Alleingeschäft Sparkasse (SPK)	3
Es handelt sich nicht um Folgeberatung i. S. der Definition, sofern als Art des Abschlusses „Eigengeschäft AD“ angegeben ist.	
Folgeberatung <input type="text"/>	
Art des Geschäfts <input type="text"/>	

SPK Merkmale										
Personennummer										
Org.-Nr./OE-Nr.										
Org.-Nr. LBBW	9	0	1	0	0					
IN-Nr.										

Region	
<input checked="" type="checkbox"/> Süd	<input type="checkbox"/> Nord
Baden-Württemberg	BW
Hessen	HS
Rheinland-Pfalz	RP
Thüringen	TH

Unterschrift Abschlussvermittler

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung)

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d.h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Union Krankenversicherung AG.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, der Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personensorgeeinrichtungen, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1 – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallebearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter dienstleister.vkb.de eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbedrohungen hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt
Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Zusatzklärungen

Bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe, habe ich die „Weiteren Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ zur Kenntnis genommen. Sie enthalten unter anderem eine Widerrufsbelehrung und Einwilligungsklauseln zum Datenschutz. Alle Angaben werden durch meine/unsere Unterschrift Vertragsbestandteil. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Datum	Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer	Unterschrift zu vers.Person(en) ab 16 Jahren
	X	X

Bitte beachten: Bei Versicherung von minderjährigen Kindern darf nur ein Erziehungsberechtigter als Versicherungsnehmer gewählt werden.

Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzerklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Rechtsgrundlage/Vertragsgrundlage

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarife erkenne ich als rechtsverbindlich an. Für diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Vertrags-/Mindestdauer

Der Versicherungsvertrag kann für maximal fünf Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutzes).

Wartezeiten

Für Entbindung gilt eine Wartezeit von acht Monaten. Die Wartezeit rechnet ab Versicherungsbeginn, bei Vertragsverlängerung ab Beginn der Verlängerung.

Einwilligungsklauseln zum Datenschutz

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern (VKB) und die ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG sowie die Landesdirektionen des Versicherers und die Versicherungsgruppe, der die zuständige Landesdirektion als Unternehmen angehört, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler) weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Antragstellung das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, gilt diese Einwilligung nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte und ich dieses zusammen mit dem Versicherungsschein erhalte.

Hinweis

Der Anspruch zum Zweck der kundenorientierten Produktinformation sowie der Optimierung der Kundenzufriedenheit kann ich jederzeit widersprechen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Union Krankenversicherung AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den
Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Harald Benzing und die
Vorstände Wolfgang Reif und Manuela Kiechle
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Telefax: (0681) 844 - 2509
E-Mail: service@ukv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, sodass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginn der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre Union Krankenversicherung AG

Hinweis nach § 19 Absatz 5 VVG auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Mir ist bekannt, dass ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen ich vom Versicherer in Textform gefragt werde, wahrheitsgemäß und vollständig anzeigen muss. Fragt der Versicherer nach der Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen, bin ich insoweit ebenfalls zur Anzeige verpflichtet.

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, die Anzeigepflicht wurde weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall kann der Versicherer aber den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 VVG handelt. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorhandenes Kündigungsrecht sind jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag, auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag oder Leistungsausschluss), geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz; ist vor einem Rücktritt bereits ein Versicherungsfall eingetreten, besteht jedoch Leistungspflicht, wenn die Anzeigepflichtverletzung weder arglistig erfolgt ist noch einen Umstand betrifft, der für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn die Anzeigepflicht schuldlos verletzt wurde oder der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Wird der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten, besteht keine Leistungspflicht. Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, werden sowohl meine eigene Kenntnis und Arglist als auch die Kenntnis und Arglist meines Vertreters berücksichtigt.

Übersicht Dienstleister nach Ziff. 3.2 der Einwilligungserklärung (Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de)	
Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen <ul style="list-style-type: none"> • Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts • Bayerische Landesbrandversicherung AG • Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft • Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG • Bayerische Beamtenkrankenkasse AG • Union Krankenversicherung AG • Union Reiseversicherung AG • Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG • SAARLAND Feuerversicherung AG • SAARLAND Lebensversicherung AG • Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG • Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG • Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) • Pensions-Management GmbH • Bavaria Versicherungs-Vermittlungs GmbH • Consal-Makler-Service GmbH • Consal-Service-Gesellschaft mbH • Consal-Versicherungsdienste GmbH • Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH 	Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In-/Exkasso.
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaft für angewandte Versicherungs-Informatik mbH • Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH • Saarland Informatik Service GmbH • OEV Online Dienste GmbH • sonstige DV-Dienstleister 	DV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> • Gutachter • ARVATO AG 	Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester
<ul style="list-style-type: none"> • Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung • General Reinsurance AG • Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. • Info Partner KG • Creditreform München • Creditreform Saarbrücken Link & Maurer KG 	Betreiben von Auskunftsdatenbanken
<ul style="list-style-type: none"> • Adress Research • COMPASS Private Pflegeberatung GmbH • Deutsche Assistance Service GmbH • RehaAssist Deutschland GmbH 	Adressenaktualisierung Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> • Pro Tect Versicherung AG • Cardif Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung; Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> • Combitel 	Service-Center

Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Registergericht: Saarbrücken HRB 7184
Vorstand: Dr. Harald Benzing (Vors.), Manuela Kiechle, Wolfgang Reif
Vors. d. Aufsichtsrates: Friedrich Schubring-Giese
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Hausanschrift: Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken
Telefon: (0681) 8 44 - 7777, Telefax: (0681) 8 44 - 2509
http://www.ukv.de, E-Mail: service@ukv.de
Bankverbindung: SaarLB Kto. 7900 004, BLZ 590 500 00

Informationspaket zum Tarif GesundheitGLOBAL der UKV nach VVG-Informationspflichtenverordnung

Stand: 01.03.2013, 333007, 04.2013

1. Produktinformationsblatt (§ 4 VVG-InfoV)

Die nachfolgende Darstellung soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Inhalte und Merkmale der angebotenen Versicherung ermöglichen. Deshalb handelt es sich notwendigerweise nicht um eine vollständige Information. Zu den angesprochenen Inhalten der vertraglich getroffenen Vereinbarungen weisen wir jeweils auf die maßgebliche Vertragsbestimmung bzw. den maßgeblichen Abschnitt der Versicherungsbedingungen hin. Wenn Sie mehr über die einzelnen Vertragsmerkmale wissen wollen, lesen Sie bitte unter den jeweiligen Fundstellen nach.

Versicherungsart

Als Produkt wurde eine längerfristige Auslandsreise-Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif GesundheitGLOBAL gewählt. Dabei handelt es sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung, die Leistungen erbringt für ambulante Heilbehandlungen, Heil- und Hilfsmittel, stationäre Krankenhausbehandlung, Zahnbehandlung und unfallbedingten Zahnersatz im Ausland. Außerdem werden Leistungen bei einer vorübergehenden Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Dauer von bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr gewährt. Für Entbindung gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

Versicherte Leistungen Leistungen im Ausland

- a) Ambulante Heilbehandlung
 - die Behandlung beim Arzt oder Facharzt Ihrer Wahl
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt 250 Euro je Kalenderjahr
 - ärztlich verordnete, unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
 - medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge sowie die Entbindung
 - medizinisch notwendiger Transport zum nächst erreichbaren Krankenhaus oder Notfallarzt (bei Flugrettung Höchstsatz von 2.500 Euro, außer bei lebensbedrohlicher Erkrankung)
- b) Stationäre Heilbehandlung
 - Behandlung, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus Ihrer Wahl
 - Krankenhausleistung und Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztliche Leistungen
 - der medizinisch notwendige Transport zum nächst erreichbaren Krankenhaus (bei Flugrettung Höchstsatz von 2.500 Euro, außer bei lebensbedrohlicher Erkrankung)
 - unaufschiebbare Operationen und Operationsnebenkosten
- c) Zahnärztliche Heilbehandlung
 - schmerzstillende Zahnbehandlung, Provisorien und Reparatur von vorhandenen Prothesen bis zu 500 Euro je Kalenderjahr
 - unfallbedingt notwendiger Zahnersatz: 80 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchsterstattungsbetrag von 1600 Euro pro Jahr
- d) Rücktransport und Überführung
 - Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport ins Heimatland
 - Bestattung am Sterbeort oder Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz

Leistungen im Inland

Sofern keine deutsche private oder gesetzliche Krankenversicherung existiert, bietet der Tarif bei vorübergehender Rückkehr nach Deutschland bis zu sechs Wochen Versicherungsschutz im Kalenderjahr.

Versichert sind:

- ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung, siehe Punkte a) und c)
- ärztliche Honorarkosten - bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ
- stationäre Krankenhausleistungen
- allgemeine Krankenhausleistungen sowie belegärztliche Leistungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ

Beachten Sie bitte, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Weitere Einzelheiten finden Sie in Ihren AVB und den Tarifbedingungen.

Monatsbeiträge

Alter	EUR
0 - 30 Jahre	49,90 EUR
31 - 39 Jahre	186,56 EUR
40 - 49 Jahre	211,29 EUR
50 - 64 Jahre	328,63 EUR
65 - 100 Jahre	440,99 EUR

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er kann im Falle der Abbuchung von einem deutschen Konto in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zu ihrer Fälligkeit als gestundet gelten. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufrechts – unverzüglich nach Zugang der Versicherungsbestätigung zu zahlen. Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn eines jeden Kalenderjahres, monatliche Beitragsraten jeweils am Ersten eines jeden Monats zu entrichten. Für die Hochpreisländer USA, Kanada, Australien, Japan, Singapur und Hongkong gelten zurzeit erhöhte Beiträge.

Alter	EUR
0 - 30 Jahre	87,30 EUR
31 - 39 Jahre	283,60 EUR
40 - 49 Jahre	331,85 EUR
50 - 64 Jahre	536,02 EUR
65 - 100 Jahre	536,02 EUR

Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/LAK) Nr. 5.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Über die näheren Rechtsfolgen und wie Sie diese vermeiden können, werden wir Sie in einem ggf. erforderlichen Mahnschreiben ausführlich informieren.

Einmalig anfallende Kosten

Einmalig anfallende Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Übersetzungskosten). In solchen Fällen können wir hierfür eine gesonderte Erstattung in Rechnung stellen.

Leistungsausschlüsse

- Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung feststand, dass sie erfolgen müssen
- auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
- Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Psychotherapie

Die detaillierten Leistungsausschlüsse finden Sie in den Tarifbedingungen zum Tarif GesundheitGLOBAL unter Nr. 7.

Obliegenheiten

Sie als Hauptversicherter aber auch die mitversicherte Person haben eine Reihe von Obliegenheiten zu beachten:

Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalls

Sie haben uns gegenüber grundsätzlich folgende Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls:

- Auskunftserteilungspflichten (Nr. 7.2 AVB/LAK)
- Mitwirkungspflichten (Nr. 7.3 AVB/LAK)
- Schadenminderungspflichten (Nr. 7.1 AVB/LAK)

Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

Sie haben uns gegenüber grundsätzlich folgende Pflichten bei Ansprüchen gegen Dritte:

Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte und damit in Verbindung stehende Mitwirkungspflichten (Nr. 10.1 und 10.2 AVB/LAK).

Rechtsfolgen bei Verletzung der Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalls und bei Ansprüchen gegen Dritte

Verletzen Sie eine Obliegenheitsverpflichtung bei Eintritt des Versicherungsfalles oder bei Ansprüchen gegen Dritte, so sind wir ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir unsere Leistungen entsprechend der

Schwere des Verschuldens kürzen. Näheres hierzu finden Sie in Nr. 8 und Nr. 10.3 AVB/LAK.

Die Kenntnis oder das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang der Versicherungsbestätigung oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Der Versicherungsvertrag kann für maximal fünf Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutz).

Vertragsbeendigung

Das Versicherungsverhältnis endet

- mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bei einer nicht nur vorübergehenden Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland,
- mit dem Tod des Versicherungsnehmers,
- mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit der versicherten Person,
- mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer unter Berücksichtigung der im Tarif vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes,
- mit Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherungsnehmer.

Nähere Informationen zur Vertragsbeendigung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/LAK) Nr. 9.

2. Allgemeine Verbraucherinformation (§ 1 VVG-InfoV)

2.1 Informationen zu den Vertragspartnern

Versicherungsnehmer: siehe Antrag

Versicherte Person: siehe Antrag

Versicherungsunternehmen

UKV – Union Krankenversicherung AG

Registergericht Saarbrücken HRB 7184

Ust. Ident. Nr.: DE138118055

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken

Telefon (0681) 844-0, Telefax (0681) 844-2509

www.ukv.de, service@ukv.de

Vorstand:

Dr. Harald Benzing (Vorsitzender), Manuela Kiechle, Wolfgang Reif

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Friedrich Schubring-Giese

Hauptgeschäftstätigkeit

Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.

Gesetzlicher Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche des Hauptversicherten, der mitversicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Unser Unternehmen gehört dem Sicherungsfonds an.

2.2 Informationen zur angebotenen Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen

Diesem Versicherungsvertrag liegen die AVB/LAK und die Tarifbedingungen des Tarifs GesundheitGLOBAL zu Grunde.

Produktbeschreibung

Den Leistungsumfang können Sie im Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Versicherte Leistungen“ ersehen.

Fälligkeit und Leistungserfüllung

Leistungspflicht für den Versicherer besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.

Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchgeführt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Würde der Anspruch auf Auszahlung der Geldleistung bei uns eingereicht, so wird der Lauf der Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder der bezugsberechtigten mitversicherten Person unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Beitrag

Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt unter dem Punkt „Beitrag“.

Zusätzliche Kosten

Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Im Gegensatz zu anderen Versicherungsarten unterliegt die Krankenversicherung auch nicht der Versicherungssteuer. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Rückläufe aus Lastschriftverfahren, Mahngebühren, Übersetzungsgebühren). In solchen Fällen können wir eine Gebühr gesondert in Rechnung stellen.

Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hinausgehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.

Zahlung und Erfüllung des Beitrags

Die Beitragszahlung ist nur per Lastschrifteinzugsverfahren möglich.

2.3 Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Widerrufsrecht und -folgen

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu widerrufen. Die Frist beginnt mit dem Erhalt der Versicherungsbestätigung, der Vertragsbestimmungen, sowie sonstiger Informationsunterlagen inkl. der Belehrung über das Widerrufsrecht. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe vorne unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift des Versicherers“).

Im Falle eines Widerrufs wird der Vertrag zum Zeitpunkt des Eingang des Widerrufs bei uns beendet. Auf die uns zustehenden Beiträge für die Dauer des Versicherungsvertrages verzichten wir aus Kulanzgründen. Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir Ihnen innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des Vertrages.

Laufzeiten

Der Versicherungsvertrag kann für maximal fünf Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutz).

Kündigungsbedingungen

Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

Anwendbares Recht

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für diesen Vertrag deutsches Recht. Ansprüche gegen den Versicherer können bei dem Gericht des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltes des Hauptversicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers geltend gemacht werden. Näheres zum Gerichtsstand finden Sie in Nr. 12 AVB/LAK.

Sprache

Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

2.4 Informationen zum Rechtsweg

Beschwerdestelle

Privat und menschlich: Das ist unser Motto - dafür machen wir uns stark! Doch wo es um ein so heikles Gut wie die Gesundheit geht, bleiben unterschiedliche Ansichten leider nicht aus. Und ganz abgesehen davon, gehört zum „menschlich sein“ auch, dass man mal Fehler macht.

Deshalb unsere Bitte an Sie: Wenn Sie mit unserem Service unzufrieden oder mit

einer unserer Entscheidungen nicht einverstanden sind, sprechen Sie mit uns darüber! So geben Sie uns die Chance Standpunkte auszutauschen, Missverständnisse aufzuklären und nach Lösungen zu suchen.

Selbstverständlich können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronstraße 13

10117 Berlin

richten.

Der Ombudsmann bearbeitet nur Beschwerden, deren Streitfrage nicht bereits von einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst, behandelt wird oder wurde.

Aufsichtsbehörde

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn einzureichen.

Natürlich können Sie sich zusätzlich zur Kontaktierung der oben genannten Beschwerdestellen auch für eine gerichtliche Klärung entscheiden.

Tarif GesundheitGLOBAL Auslandsreise-Krankenversicherung

Stand: 01.03.2013, 333000, 04.2013

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/LAK).

1. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die nur vorübergehend ins Ausland reisen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt insoweit trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts auftreten. Er leistet bei einem im Ausland - bzw. gemäß Ziffer 3.2 in der Bundesrepublik Deutschland - unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

3. Wo besteht der Versicherungsschutz?

3.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

3.2 Erfolgt eine nur vorübergehende Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland, so besteht Versicherungsschutz auch in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Dauer von sechs Wochen je Kalenderjahr, sofern keine deutsche private oder gesetzliche Krankenversicherung, die der Versicherungspflicht gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügt, besteht. Zum Umfang des Versicherungsschutzes beachten Sie bitte insbesondere Ziffer 6.2. Beginn und Ende einer jeden Reise nach Deutschland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

4. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen und wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

4.1 Die Versicherung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antrag für die beabsichtigte Aufenthaltsdauer beantragt werden (siehe Ziffer 2 AVB/LAK).

4.2 Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf schriftlichen Antrag ausgedehnt werden. Der Antrag auf Verlängerung muss dem Versicherer vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages vorliegen; dieser dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Dabei besteht jedoch Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum des Poststempels) eingetreten sind.

4.3 Der Versicherungsvertrag kann für maximal fünf Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutzes).

5. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist

- a) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen;

- b) die medizinisch notwendige Behandlung und Untersuchung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen und die Entbindung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrags bzw. Beantragung der Verlängerung noch nicht bestanden hat;
- c) die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten;
- d) ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport, e) 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 ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

6. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

6.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers während einer stationären Entbindung;
- c) ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Folgende Präparate sind nicht erstattungsfähig: Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Lebensmittel, medizinische Weine sowie Badezusätze. Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe (z. B. Vitamine, Mineralstoffe oder Aminosäuren) sind.
- d) ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt 250 EUR je Kalenderjahr, soweit sie durch einen anerkannten Physiotherapeut erbracht werden;
- e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals aufgrund eines während der Vertragslaufzeit eingetretenen Unfalls erforderlich werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall;
- f) Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapien;
- g) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- h) den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall; nicht erstattet werden die Kosten für Taxifahrten sowie die Rückfahrten vom Krankenhaus;
- i) den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung mit einem Hubschrauber bis zu einem Betrag von 2.500 EUR je Versicherungsfall; liegt ein Verdacht auf eine lebensgefährliche Erkrankung oder Verletzung vor oder ist eine schwerwiegende Schädigung der Gesundheit (z. B. Lähmung) zu befürchten, leistet der Versicherer auch über diesen Betrag hinaus;
- j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, Provisionen sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen von Prothesen; nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) bis zu insgesamt 500 EUR je Kalenderjahr.
- k) die Kosten für Zahnersatz, der nachweislich aufgrund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss, zu 80 % des Rechnungsbetrags bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR je Kalenderjahr.

6.2 Während einer vorübergehenden Rückkehr nach Deutschland gemäß Ziffer 3.2 gelten folgende Regelungen:

- a) Besteht Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder besteht eine private Krankenversicherung, die der Versicherungspflicht gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügt, so ist diese in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall werden aus diesem Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag keine Leistungen erbracht.

- b) Sofern keine deutsche private oder gesetzliche Krankenversicherung besteht,
 - sind bei ambulanten Heilbehandlungen die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstattungsfähig, soweit diese im Rahmen der Regelhöchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen;
 - sind bei stationären Aufenthalten einschließlich unaufschiebbarer Operationen die Kosten erstattungsfähig für
 - allgemeine Krankenhausleistungen;
 - belegärztliche Leistungen;
 - Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung.

6.3 Die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet.

Zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Voraussetzung für die Kostenübernahme für den Versicherten ist die Kostenzusage durch den Versicherer oder die Notruf-Zentrale, die den Rücktransport organisieren.

Im Fall der Inanspruchnahme eines Krankenrücktransports ist - abweichend von Ziffer 6.4 AVB/LAK - eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung einzureichen, aus der hervorgeht, dass der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

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

Mehrkosten sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

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

6.5 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten mit abgeschlossenem Medizinstudium frei.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Der Versicherer leistet im vertraglichen 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 Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

6.6 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung im Ausland von einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhausstagegeld. Das Krankenhausstagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung - höchstens 30 EUR täglich. Anstelle jeglicher Kostenerstattung bei stationärer Behandlung kann ein Krankenhausstagegeld von 30 EUR pro Tag gewährt werden.

7. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

7.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- a) Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bzw. vor Beginn des Versicherungsschutzes feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- c) Gesundheitsschäden und für Todesfälle, die durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn bei Reiseantritt keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorlag. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses oder einer inneren Unruhe auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält;

- d) auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- g) Behandlung durch Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 6 erstattet;
- h) Behandlung seelischer und geistiger Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- i) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) Aufwendungen für nicht unfallbedingte Hilfsmittel, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen, Prothesen;
- k) Heilbehandlung durch nichtärztliche Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen und Heilpraktiker);
- l) Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze;
- m) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

7.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

7.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

Bei Aufenthalt in Deutschland gilt Ziffer 6.2 Buchstabe a).

7.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

8. Wartezeiten

Für Entbindung gilt eine Wartezeit von acht Monaten. Die Wartezeit rechnet ab Versicherungsbeginn, bei Vertragsverlängerung ab Beginn der Verlängerung.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag richtet sich nach dem Aufenthaltsland sowie dem Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Bei Vertragsverlängerung wird das ursprüngliche Eintrittsalter beibehalten.

10. Welche Assistance-Leistungen werden angeboten?

- a) Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland;
- b) Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports aus dem Ausland;
- c) medizinische Auskünfte und Ratschläge vor und während Auslandsreisen;
- d) Kostenübernahmegarantie bei erstattungsfähigen Krankenhausaufenthalten.

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, informieren Sie bitte unbedingt vorher unseren Notruf-Service. Wir kümmern uns um die Kostenübernahme. Unseren 24-Stunden-Notruf-Service erreichen Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche:

Für Anrufe aus dem Ausland: 00 800 - 8440 8440 (Keine Landesvorwahl notwendig).*

Führt diese Nummer nicht zum Ziel oder rufen Sie aus dem Inland an, wählen Sie bitte:

02 11 - 53 63 - 1 58,**

* aus dem Festnetz gebührenfrei, aus deutschen Mobilfunknetzen höchstens 0,42 EUR pro Minute;

** Kosten für Anrufe aus ausländischen Mobilfunknetzen können abweichen

*** gebührenpflichtig

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/LAK)

Stand: 01.03.2013, SAP-Nr.: 333002, 04.2013

1. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

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

2. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

2.1 Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.

2.2 Der Versicherungsvertrag wird durch die Annahme des Antrages (Aushändigung der Versicherungsbestätigung oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) abgeschlossen.

3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang der Versicherungsbestätigung oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Gelten Wartezeiten, sind Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, nach Versicherungsbeginn und nach Grenzüberschreitung ins Ausland eingetreten sind, nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Wartezeiten fällt.

4. Wann endet der Versicherungsschutz?

4.1 Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

4.2 Erfordert ein Versicherungsfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist eine Rückreise aus dem Ausland wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt der ursprünglichen Beendigung des Versicherungsschutzes (siehe Ziffer 4.1) hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

5. Wie erfolgt die Beitragszahlung?

5.1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er kann im Falle der Abbuchung von einem deutschen Konto in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zu ihrer Fälligkeit als gestundet gelten. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen des Widerrufsrechts - unverzüglich nach Zugang der Versicherungsbestätigung zu zahlen. Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn eines jeden Kalenderjahres, monatliche Beitragsraten jeweils am Ersten eines jeden Monats zu entrichten.

5.2 Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Kalenderjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

5.3 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37, 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

6. Was tun im Schadenfall?

6.1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise im Original erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

6.2 Alle Belege müssen den Namen des Leistungserbringers im Gesundheitswesen, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person enthalten. Aus Rechnungen müssen zudem folgende Angaben ersichtlich sein: die Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), die einzelnen erbrachten Leistungen und deren jeweilige Kosten, aufgliedert nach den einzelnen 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.

6.3 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen aus § 14 Absatz 1 bis 3 VVG.

6.4 Sieht der Tarif Kostenersatzung bei Krankentransport vor, ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit mit Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung einzureichen.

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

6.6 Der Versicherer leistet an den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person für deren Versicherungsleistungen als empfangsberechtigte Person in Textform gegenüber dem Versicherer bestimmt, so leistet der Versicherer an diese.

6.7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6.8 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.

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

7. Welche Obliegenheiten sind nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?

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

7.2 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen und alle Belege zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Außerdem sind dem Versicherer auf dessen Verlangen Beginn und Ende eines jeden Auslandsaufenthaltes nachzuweisen.

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

8. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wird eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

9. Wann endet das Versicherungsverhältnis?

9.1 Das Versicherungsverhältnis endet

- a) hinsichtlich der versicherten Person bei einer nicht nur vorübergehenden Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
- b) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, soweit dieser sich hiermit einverstanden erklärt. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis;
- c) hinsichtlich der versicherten Person mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit;
- d) bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherungsnehmer. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis - auch für einzelne versicherte Personen - zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen; die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- e) spätestens mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer unter Berücksichtigung der im Tarif vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes.

9.2 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben.

10. Ansprüche gegen Dritte

10.1 Hat ein Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

10.2 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Ersatzanspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

10.3 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.

10.4 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.

10.5 Würde 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.

10.6 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.

11. Willenserklärungen und Anzeigen

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

12. Gerichtsstand

12.1 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.

12.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmer oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

12.3 Verlegt der Versicherungsnehmer 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.

13. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und des Tarifs

13.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherer erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

13.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder im Tarif durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

14. Beitragsanpassung

14.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und dem daraus resultierenden Beitrag ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag

entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen anzupassen. Dabei können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte, Leistungshöchstsätze, Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

14.2 Änderungen nach Ziffer 14.1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

15. Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers nach einer Bedingungs- oder Beitragsanpassung

Wurden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß 13.1. geändert oder wurde gemäß 14.1 der Beitrag geändert oder eine Leistung vermindert, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis innerhalb von einem Monat vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung schriftlich kündigen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.08.2012, SAP-Nr: 323788, 08.2012

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich 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 Datennutzung 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 Abschluss 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 Ihren Versicherungsantrag 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, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener 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-, Kranken- 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 Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) und versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Bankverbindung, Abrechnung mit Vermittlern sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an 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 im In- und Ausland 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 erforderlichen 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 (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) 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.

Beispiel:

Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht.

Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, 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, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unter-

nehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann 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.

Die übrigen allgemeinen Antragsdaten, einschließlich der Gesundheitsdaten, sowie Vertrags- und Leistungsdaten können an andere Krankenversicherer der Versicherungskammer Bayern (VKB) zwecks Bearbeitung weitergegeben werden. Von den übrigen Versicherungsunternehmen der Gruppe können nur die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten abgefragt 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 BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Krankenversicherer. Der Versicherer gehört zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern (VKB) und gehört/kooperiert über die jeweils zuständige Landesdirektion zu/mit der Versicherungsgruppe, der diese als Unternehmen angehört.

Versicherungskammer Bayern zurzeit: Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Bayerische Landesbrandversicherung AG, Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft, Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG, Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG, Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG), SAARLAND Feuerversicherung AG, SAARLAND Lebensversicherung AG, Union Krankenversicherung AG, Union Reiseversicherung AG, Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts, Versicherungskammer Bayern Konzern-Rückversicherung AG.

Landesdirektionen zurzeit: Badischer Gemeinde-Versicherungs-Verband, Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG, Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt, Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig, Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg, ÖSA - Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt, Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse, Provinzial Nord Brandkasse AG, Provinzial Rheinland Versicherung AG - Die Versicherung der Sparkassen, SAARLAND Feuerversicherung AG, SV Sparkassenversicherung Lebensversicherung AG, Sachsen Lebensversicherung AG, SV Sparkassen-Versicherung AG, Westfälische Provinzial Versicherung AG.

Aufgrund von Kooperationsabkommen ist die bestehende Versicherung in der AOK/LKK Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit in einigen Tarifen. Zur Überprüfung und zur Betreuung erfolgt ein Datenaustausch.

Zurzeit bestehen Kooperationsverträge mit: AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Sachsen-Anhalt, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkassen Franken und Oberbayern, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkassen Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben.

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 und weiteren Versicherungsunternehmen zusammen.

Die Versicherungskammer Bayern und teilweise die einzelnen Landesdirektionen kooperieren mit den Unternehmen der Sparkassenorganisation (S- Finanzgruppe) und den Raiffeisenbanken und Volksbanken.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer 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 Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres

Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der 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. 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 Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG 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. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

