



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

Fassung Januar 2008

Versicherer: UKV Unionkrankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2
66123 Saarbrücken
Telefon: +49 (0) 89 2160 1717

§ 1 Versicherter Personenkreis

Versichert ist der Inhaber der Kreditkarte (Hauptversicherter).

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten 90 Tage eines jeden Auslandsaufenthaltes innerhalb des Versicherungsjahres.
2. Als Ausland gelten alle Staatsgebiete mit Ausnahme derjenigen, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder deren Staatsangehörigkeit sie besitzt.
Besitzt eine versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates oder ist sie Staatsangehörige eines EG-Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern diese nicht dort einen ständigen Wohnsitz hat.

§ 4 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

1. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung werden die nachstehenden Kosten in voller Höhe ersetzt, und zwar ausschließlich für
 - a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
 - b) ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel mit Ausnahme von Nahrungsmitteln;
 - c) Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme Licht- und Elektrotherapien;
 - d) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
 - e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
 - f) medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus oder Arzt;
 - g) schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen.
2. Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist.
Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
3. Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

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

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Bei Versicherungsfällen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (also insbesondere vor Grenzüberschreitung ins Ausland) eingetreten sind, wird für solche Behandlungen nicht geleistet, von denen bei Grenzüberschreitung ins Ausland feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
2. Keine Leistungspflicht besteht außerdem
 - a) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht worden sind;
 - c) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - d) für Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung, auch wenn diese durch einen Unfall herbeigeführt wurde;
 - e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, es sei denn, dass durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - g) für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Psychotherapie;
 - i) für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind;
 - j) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Kostenbelege können nur dann erstattet werden, wenn sie unter Angabe der Nummer der Kreditkarte dem Versicherer direkt eingereicht werden.
2. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Die Rechnungen müssen im Original eingereicht werden und den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
3. Für die Erstattung der Rücktransportkosten gemäß § 5 Nr. 2 ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes und für die Erstattung von Überführungs- oder Bestattungskosten im Ausland gemäß § 5 Nr. 3 ist neben den Kostenbelegen eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.

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

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

§ 8 Anspruch auf Versicherungsleistungen

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

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

3. Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen mit Ausnahme von anderen privaten Krankenversicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der Union Krankenversicherung AG, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

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

2. Erfordert eine Erkrankung, für die Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung, und ist eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, gewährt der Versicherer bis längstens 90 Tage über den Zeitraum der Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus Leistungen.

§ 10 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit der Aushändigung der Kreditkarte und endet jeweils nach Ablauf von 12 Monaten.

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

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

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

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

§ 12 Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Verletzt der Hauptversicherte oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine der in § 11 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Hauptversicherte oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Hauptversicherte oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

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

3. Verletzt der Hauptversicherte oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht dem Hauptversicherten oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

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

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstand

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

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

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