

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung –AVB/JR– (Abgedruckt soweit sie für Ihr Versicherungsverhältnis gelten) Vers.-Nr. 3333 0022

Gültig ab 1. Januar 2012

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse während des Aufenthaltes im Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland). Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

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

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 45 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person, der innerhalb eines versicherten Kalenderjahres (1.1. bis 31.12.) begonnen wird. Gegen Beitragszuschlag (s. auch § 8 Abs. 2 bis 5) kann der Versicherungsschutz für den einzelnen Auslandsaufenthalt bis zu insgesamt 730 Tagen verlängert werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

(4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Einzahlung des Beitrages auf das vom Versicherer angegebene Konto zustande, vorausgesetzt, der Einzahlungsbeleg ist ordnungsgemäß ausgefüllt (zur Versicherungsfähigkeit s. § 1 Abs. 4). Der Einzahler/Kontoinhaber gilt als Versicherungsnehmer.

Als Einzahlungsbeleg ist möglichst ein vom Versicherer zur Verfügung gestellter Überweisungsvordruck zu verwenden. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Einzahlungsbeleg, wenn er alle Angaben enthält, die auch aus einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck hervorgehen bzw. vom Versicherungsnehmer auszufüllen sind. Der Einzahlungsbeleg muss insbesondere eine vom Versicherer vergebene Versicherungsnummer, Angaben über die zu versichernden Personen, ggf. die Dauer der Reise und über den Beitrag enthalten.

Geht der Beitrag beim Versicherer nicht ein aus einem Umstand, den der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, kommt kein Vertrag zustande.

2) Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Kalenderjahres (1.1. bis 31.12. des betreffenden Jahres) geschlossen. Bei Auslandsaufenthalten, die während des versicherten Kalenderjahres beginnen und über das Kalenderjahr hinausgehen, endet der Versicherungsvertrag spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage bzw. zuzüglich vereinbarter Verlängerung).

(3) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tode einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet werden.

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

(4) Der Versicherer erbringt ausschließlich die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Sonstige Leistungen, z.B. für Sehhilfen, sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:

- a) ärztliche Leistungen;
- b) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber für Neuanfertigung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Implantate) und Kieferorthopädie;
- c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;

- d) Heilmittel
Als Heilmittel gelten Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- e) Hilfsmittel
Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die während der versicherten Reise erstmals erforderlich werden, nicht jedoch Sehhilfen und Hörgeräte;
- f) Stationäre Heilbehandlung

Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen sowie zusätzliche Unterbringungskosten von versicherten Kindern im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung eines Elternteils.

Bei stationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes die zusätzlichen Unterbringungskosten einer versicherten erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus. Anstelle von Kostenersatz für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR pro Tag gewählt werden;

- g) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch Rettungsdienste;
- h) Rücktransportkosten

Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn mindestens einer der folgenden Fälle zutrifft:

- ha) der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und der handelnde Arzt im Ausland hat dies schriftlich angeordnet. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt in Abstimmung zwischen dem ausländischen Behandler und einem Beraterarzt des Versicherers;
- hb) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransportes;
- hc) nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gemäß § 4 Abs. 1 erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.

- i) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000,- EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - für medizinische Versorgung im Ausland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Terrorakten oder inneren Unruhen, die wegen einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren oder die durch aktive Teilnahme an diesen verursacht sind;
 - für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - für Untersuchung und Behandlung wegen künstlicher Befruchtung, Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Früh- und Fehlgeburt notwendig ist;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrundegelegt.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

(4) Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen aus Verträgen bei anderen Versicherungsträgern bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart hat. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

(5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung des Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:
- der Anspruch ist durch Belegurschriften nachzuweisen;
 - die Belege müssen grundsätzlich enthalten:
Name und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;
- ärztliche/zahnärztliche Rechnungen zusätzlich:
Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;
- Arznei-/Heil-/Hilfsmittelbezug:
Verordnungen zusätzlich: Art und Menge; Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;
- Krankenhausrechnungen zusätzlich:
Aufnahme- und Entlassungsdatum, Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen;
- der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist außerdem durch eine schriftliche Bescheinigung gemäß § 4 Abs. 4 h) zu begründen.
Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;
 - der Anspruch auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist außerdem durch amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.
Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen.

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

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

(4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer (Ende des Kalenderjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt kein Auslandsaufenthalt andauert - vgl. § 3 Abs. 2).

(2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

§ 8 Beitragszahlung

...

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer 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.

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

(3) Zur Prüfung, ob und ggf. in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, ist die versicherte Person verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden oder die erforderlichen Auskünfte selbst beizubringen.

(4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sowie das Einzahlungsdatum des Beitrages sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz - VVG - (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

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

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

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

§ 12 Willenerklärungen und Anzeigen

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

§ 13 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat..

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung der vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, am Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und/oder den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen der Verträge sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit diese der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

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

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragsstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Zusätzlicher Hinweis:

Als Familie gelten der Versicherungsnehmer (s. § 3 Abs. 1), sein Ehepartner oder Lebensgefährte – jeweils mit einem Eintrittsalter (s. Abs. 2) von höchstens 64 Jahren – und Kinder (auch Adoptiv- und Pflegekinder) bis zu einem Eintrittsalter von höchstens 18 Jahren. Die Familie muss in häuslicher Gemeinschaft wohnen.

Im Versicherungsfall steht Ihnen unser **24-Stunden-Service** zur Verfügung:

Telefon: (0611) 5 33 – 62 90 · Telefax: (0611) 5 33 – 64 00

Originalbelege senden Sie bitte mit Angabe der Versicherungsnummer an die

R+V Krankenversicherung AG
Leistung
PK-LW/A
65181 Wiesbaden

Versicherungsträger:

R+V Krankenversicherung AG · 65181 Wiesbaden · Bundesrepublik Deutschland
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Generaldirektor Dr. Friedrich Caspers; Vorstand: Frank-Hening Florian;
Vorsitzender: Tillmann Lukosch
Handelsregister Nr. HRB 7094 Amtsgericht Wiesbaden, Steuer-Nr. 45 223 01463, USt-IdNr. DE 114106943

Bei Beschwerden können Sie sich an den Vorstand oder an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn sowie an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin wenden.