

Vertragsgrundlage 082

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (singleTRAVEL)

Seite 1 von 5

Diese Krankenversicherung bietet Schutz bei im Ausland eintretenden Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen. Der Abschluss dieser Versicherung ist für Personen möglich, die über einen Wohnsitz in Deutschland verfügen. Wohnsitz ist der Ort, an dem sich die versicherte Person ständig niedergelassen hat.

Inhalt

Teil 1: Leistungen

- 1.1. Allgemeine Regelungen zur Leistung
 - 1.1.1 Was ist der Versicherungsfall?
 - 1.1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
 - 1.1.3 Wie lange gilt der Versicherungsschutz und wann endet er?
 - 1.1.4 Welche Nachweise sind erforderlich, wenn Aufwendungen erstattet werden sollen?
 - 1.1.5 Was ist zusätzlich noch im Hinblick auf die Leistung zu beachten?
- 1.2 Leistungsumfang
 - 1.2.1 Welche Aufwendungen werden bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung erstattet?
 - 1.2.2 Welche Aufwendungen werden bei einem Rücktransport erstattet?
 - 1.2.3 Welche Aufwendungen werden bei Überführung oder Bestattung erstattet?
 - 1.2.4 Welche Leistungserbringer werden bei der Erstattung der Kosten anerkannt?
 - 1.2.5 Welche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden erstattet?
 - 1.2.6 In welchen Fällen besteht keine bzw. nur eingeschränkte Leistungspflicht?

Teil 2: Vertragspflichten

- 2.1 Was muss bei der Zahlung des Beitrages beachtet werden?
- 2.2 Was ist im Versicherungsfall als Verhaltensregeln (Obliegenheiten) zu beachten?
- 2.3 Welche Folgen haben Verletzungen von Verhaltensregeln (Obliegenheitsverletzungen)?
- 2.4 Welche Voraussetzungen gelten für den Übergang von Ansprüchen gegenüber Dritten auf die AXA und was ist dabei zu beachten (Obliegenheiten)?

Teil 3: Allgemeine vertragliche Regelungen

- 3.1 Wie lange dauert der Vertrag bzw. wann ist eine Kündigung möglich?
- 3.2 Was ist bei Mitteilungen an den Versicherer zu berücksichtigen?
- 3.3 Welches Gericht ist zuständig?

Teil 1: Leistungen

1.1. Allgemeine Regelungen zur Leistung

1.1.1 Was ist der Versicherungsfall?

(1) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls. Krankheiten sind auch Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen, Früh- oder Fehlgeburten sowie medizinisch notwendige Abbrüche einer Schwangerschaft.

Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Neugeborene

- a) bis zur Vollendung der 36. Woche einer Schwangerschaft entbunden wird, oder
- b) am Tag der Geburt weniger als 2500 Gramm wiegt.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist.

(2) Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Deutschland gilt unabhängig vom Wohnsitz nicht als Ausland. Als Ausland gilt auch nicht das Land, in dem die versicherte Person ihrer ständigen Berufsausübung nachgeht. Ebenfalls nicht als Ausland gilt der Staat, in den die versicherte Person nach Abschluss des Vertrages ihren Wohnsitz verlegt.

1.1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein oder in der Versicherungsbestätigung genannt wird (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Zahlung des ersten Beitrages bzw. der vollziehbaren Ermächtigung zum Lastschriftinzug.

(2) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Auslandsreisen, bei denen die Ausreise bereits vor Abschluss des Vertrages erfolgte.

(3) Für Versicherungsfälle wird nicht geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

(4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt. Voraussetzung hierfür ist erstens, dass am Tag der Geburt ein Elternteil bei uns versichert ist. Voraussetzung ist zweitens, dass die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Die Regelung gilt entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.

1.1.3 Wie lange gilt der Versicherungsschutz und wann endet er?

(1) Der Versicherungsschutz gilt bei jeder Auslandsreise für die ersten 56 Tage (8 Wochen).

(2) Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf von 56 Tagen einer Reise, oder wenn der Vertrag beendet wird. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle.

(3) Ist aus medizinischen Gründen die Rückreise bis zum Ende des Versicherungsschutzes nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht. Diese verlängert sich bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Transportfähigkeit wieder hergestellt ist.

1.1.4 Welche Nachweise sind erforderlich, wenn Aufwendungen erstattet werden sollen?

(1) Eine Pflicht zur Leistung besteht nur, wenn die Rechnung im Original vorgelegt wurde und ggf. weitere erforderliche Nachweise erbracht sind. Erfolgt zuvor eine Erstattung von Kosten durch Dritte (z.B. den in Teil 1, 1.1.5, Ziffer 2 genannten), ist die Vorlage von Kopien ausreichend. Auf den Kopien müssen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt werden.

(2) Belege müssen folgendes enthalten:

- Namen des Behandlers
- Vor- und Zuname der behandelten Person
- Geburtsdatum der behandelten Person
- Bezeichnung der Krankheit (Diagnose)
- Daten der Behandlungen

Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und eine Bestätigung der Zahlung deutlich hervorgehen.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch Dritte (z.B. den in Teil 1, 1.1.5, Ziffer 2 genannten) müssen nachgewiesen werden.

(3) Zum Nachweis des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über den Tod der versicherten Person einzureichen.

1.1.5 Was ist zusätzlich noch im Hinblick auf die Leistung zu beachten?

(1) Der Versicherungsnehmer kann in Textform die versicherte Person als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benennen. In diesem Fall ist der Versicherer verpflichtet an die versicherte Person zu leisten. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen, sowie der Sozialversicherungsträger, gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer geht in diesen Fällen in Vorleistung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherungsfall diesem unter Vorlage der entsprechenden Nachweise gemeldet wird und die versicherte Person, die zum Bezug der Leistungen aus anderen Versicherungsverträgen oder der Sozialversicherungsträger berechtigt ist, ihre Leistungsansprüche gegenüber dem anderen Versicherer oder den Sozialversicherungsträgern in Höhe des vom Versicherer erstatteten Betrages an diesen abgetreten hat. Auf die Geltendmachung der Kostenerstattung gegenüber einer Privaten Krankheitskostenvollversicherung wird verzichtet, soweit von der versicherten Person nachgewiesen wird, dass hierdurch ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht.

(3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden umgerechnet. Dies erfolgt zum aktuellen Kurs des Tages in Euro, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen. 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. Dabei gilt der jeweils neueste Stand. Es sei denn, dass die notwendigen Fremdwährungen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden. Die versicherte Person muss dies durch den Beleg einer Bank nachweisen.

(4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland können von den Leistungen abgezogen werden. Das gleiche gilt

für besondere Formen der Überweisung, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(6) Die Fälligkeit von Leistungen des Versicherers in Geld ist an zwei Voraussetzungen gebunden. Dies sind die Feststellung des Versicherungsfalles und dass die notwendigen Erhebungen zum Umfang der Leistung des Versicherers abgeschlossen sind.

1.2 Leistungsumfang

1.2.1 Welche Aufwendungen werden bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung erstattet?

(1) Erstattet werden die Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung und, soweit am Aufenthaltsort der versicherten Person kein geeigneter Arzt praktiziert, entweder

- a) das vom Arzt für einen Arztbesuch berechnete Wegegeld, oder
- b) die Vergütung für eine Taxifahrt zum nächstgelegenen geeigneten Arzt.

(2) Erstattet werden die Aufwendungen für Arznei- und Verbandsmittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht:

- Nahrungsmittel
- Stärkungsmittel
- kosmetische Mittel
- Mineralwässer und Badezusätze
- Potenzmittel
- empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer)
- Haarwuchsmittel
- nicht rezeptpflichtige Schlankheits- und Abführmittel

(3) Erstattet werden die Aufwendungen für im Folgenden genannte Heilmittel:

- Bäder
- Massagen
- medizinische Packungen
- Inhalationen
- Heil-/ Krankengymnastik
- Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms

(4) Erstattet werden die Aufwendungen während des Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland für erstmals erforderliche Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung. Ausgenommen sind Sehhilfen (z.B. Brillen und Kontaktlinsen) und Hörgeräte.

(5) Erstattet werden die Aufwendungen für Röntgen- und Strahlenbehandlung sowie Röntgen- und Strahlendiagnostik.

(6) Erstattet werden die Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung (Amalganfüllungen). Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Instandsetzung von Zahnersatz, provisorischem Zahnersatz und Kronen zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit.

(7) Erstattet werden die Aufwendungen für Behandlungen im Krankenhaus und Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

(8) Erstattet werden die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein versichertes Kind bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres stationär behandelt werden muss.

1.2.2 Welche Aufwendungen werden bei einem Rücktransport erstattet?

(1) Erstattet werden die Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person entweder,

- a) an den Wohnsitz der versicherten Person, oder
- b) in das dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

(2) Für den Rücktransport ist das kostengünstigste Transportmittel unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten zu wählen. Eventuell ersparte Aufwendungen für die vorgesehene Rückreise sind für die Erstattung der Rücktransportkosten nicht zu berücksichtigen.

(3) Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson. Voraussetzung hierfür ist, dass die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

(4) Auf Wunsch des Versicherungsnehmers organisiert AXA den Rücktransport der versicherten Person.

1.2.3 Welche Aufwendungen werden bei Überführung oder Bestattung erstattet?

Erstattet werden die Aufwendungen für

- die Überführung einer versicherten Person an deren letzten Wohnsitz, oder
- die Bestattung einer versicherten Person an deren Aufenthaltsort im Ausland bis maximal 10.000 Euro.

Eventuell ersparte Aufwendungen für die vorgesehene Rückreise sind für die Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten nicht zu berücksichtigen.

1.2.4 Welche Leistungserbringer werden bei der Erstattung der Kosten anerkannt?

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. Ebenfalls berücksichtigt werden liquidationsberechtigte Angehörige von staatlich anerkannten medizinischen Assistenzberufen (Heil- bzw. Heilhilfsberufe). Voraussetzung ist, dass sie für das jeweilige Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(2) Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten verordnet wurden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

1.2.5 Welche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden erstattet?

Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Alternativ leistet er für Methoden und Arzneimittel, die angewendet 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.

1.2.6 In welchen Fällen besteht keine bzw. nur eingeschränkte Leistungspflicht?

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

- a) Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist. Keine Leistungspflicht besteht ebenfalls für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt der versicherten Person bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten. Dies gilt nicht, wenn die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) solche Krankheiten, einschließlich ihrer Folgen, sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse, innere Unruhen oder terroristische Aktionen verursacht werden. Dies gilt nur, sofern die versicherte Person aktiv an diesen Ereignissen teilnimmt;
- c) Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat;
- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen sowie für Hypnose;
- f) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung, sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (soweit nicht von Teil 1, 1.1.1, Ziffer 1 erfasst);
- g) neue Anfertigungen von definitivem Zahnersatz, funktionsanalytische und therapeutische Behandlungen und kieferorthopädische Behandlungen;
- h) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
- j) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- k) Behandlungen wegen Sterilität und künstlicher Befruchtung.

(2) Eine eingeschränkte Leistungspflicht besteht, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Der Versicherer kann in diesen Fällen seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Teil 2: Vertragspflichten

2.1 Was muss bei der Zahlung des Beitrages beachtet werden?

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und ist im Lastschriftinzugsverfahren zu entrichten.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(3) Der Beitrag gilt als zu dem Zeitpunkt gezahlt, zu dem eine vollziehbare Lastschriftinzugsvollmacht dem Versicherer erteilt wird.

(4) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsjahr beginnt, und dem Geburtsjahr. Wird mit Beginn eines neuen Versicherungsjahres die nächsthöhere Altersgruppe erreicht, so ist ab diesem Versicherungsjahr der Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen.

2.2 Was ist im Versicherungsfall als Verhaltensregeln (Obliegenheiten) zu beachten?

- (1) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind auf Verlangen des Versicherers vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen. Das gleiche gilt für die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Teil 1, 1.1.5 Ziffer 1). Jede stationäre Behandlung im Krankenhaus ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (3) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um den Versicherungsfall oder die Leistungspflicht des Versicherers und ihren Umfang festzustellen. Das gleiche gilt für die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

2.3 Welche Folgen haben Verletzungen von Verhaltensregeln (Obliegenheitsverletzungen)?

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung ganz oder teilweise frei, wenn eine der in Teil 2, 2.2 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Dabei hat der Versicherer die in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Einschränkungen zu beachten. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

2.4 Welche Voraussetzungen gelten für den Übergang von Ansprüchen gegenüber Dritten auf die AXA und was ist dabei zu beachten (Obliegenheiten)?

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Erstattung von Kosten sowie Sach- und Dienstleistung) 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 vorsätzlich die in den Ziffern 1 und 2 genannten Verhaltensregeln (Obliegenheiten), ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet. Gleiches gilt für die versicherte Person. In beiden Fällen gilt dies, wenn der Versicherer infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Verhaltensregeln (Obliegenheiten) ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen. Die eventuelle Kürzung muss dabei in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis erfolgen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung gegen den Erbringer von Leistungen zu, weil diesem ohne rechtlichen Grund Entgelte gezahlt wurden, sind die Ziffern 1 bis 3 entsprechend anzuwenden. Das gilt nur, wenn der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages bereits Erstattungsleistungen erbracht hat.

Teil 3: Allgemeine vertragliche Regelungen

3.1 Wie lange dauert der Vertrag bzw. wann ist eine Kündigung möglich?

(1) Der Vertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem als Versicherungsbeginn vereinbarten Datum. Es endet nach Ablauf eines Jahres. (z.B. Beginn des Versicherungsjahres 13.12.2015 Ablauf des Versicherungsjahres 12.12.2016).

(2) Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der Vertragsdauer jeweils um ein Versicherungsjahr. Das gilt nur, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherer mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des Versicherungsjahres gekündigt wird.

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

(4) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen andere Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

3.2 Was ist bei Mitteilungen an den Versicherer zu berücksichtigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

3.3 Welches Gericht ist zuständig?

(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 eingereicht werden. Alternativ können sie bei dem Gericht des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers oder am Sitz des Versicherers eingereicht werden.

(3) Ist der Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 01/2022

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.