

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AKV (AVB/AKV) gegen laufenden Beitrag

1. Was ist versichert?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und gewährt sonst vereinbarte Leistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise akut auftretenden Krankheit oder akuter Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten Krankheit nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod einer versicherten Person.

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

2. Wer kann sich versichern?

Die Versicherung kann nur für Personen abgeschlossen werden, die ihren Hauptwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person während der Versicherungsdauer angetreten werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 42 Tagen nicht überschreiten.

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Als Ausland gelten weltweit alle Staaten bis auf die folgenden beiden Ausnahmen:

- die Bundesrepublik Deutschland
- Staaten außerhalb der Europäischen Union, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person (auch) besitzt.

Ziffer 2. bleibt unberührt.

4. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen werden.

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrages bzw. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins zustande.

Die Versicherung kann nur als Zusatztarif zu einem Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif beim Versicherer abgeschlossen werden.

5. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Verlassen der Bundesrepublik Deutschland.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn der Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Antritt einer neuen Auslandsreise.

6. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre sind Kalenderjahre.

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

Der Versicherungsvertrag über Tarif AKV endet hinsichtlich einer versicherten Person zu dem Zeitpunkt, zu dem für diese Person beim Versicherer kein Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif mehr

besteht, oder zu dem in diesen Tarifen das Ruhen der Leistung (§ 193 Abs. 6 VVG - siehe Anhang -) eingetreten ist.

7. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. mit dem Ablauf der ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Beendigung des Versicherungsvertrages bzw. des Versicherungsverhältnisses.

Für die Dauer nachgewiesener Transportunfähigkeit des Versicherten wird für ihn auch über die Grenzen des vorstehenden Absatzes hinaus für die bereits eingetretenen Versicherungsfälle geleistet, es sei denn, der für diesen Versicherten bestehende Teil des Versicherungsvertrages (oder der Vertrag insgesamt) wird vom Versicherungsnehmer gekündigt oder endet infolge Anfechtung, Rücktritts oder auf Grund einer vom Versicherungsnehmer oder Versicherten zu vertretenden Kündigung durch den Versicherer.

Transportunfähigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn der Zustand des verletzten oder erkrankten Versicherten aus medizinischen Gründen keinen Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland gestattet, weil keine Sicherung der lebenswichtigen Körperfunktionen gewährleistet ist und bei einer Durchführung des Rücktransports trotz geeigneter Maßnahmen eine ernsthafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes wahrscheinlich wäre.

Der Versicherungsschutz endet für die jeweilige versicherte Person mit deren Verlegung ihres gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland. Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer in diesem Fall bezüglich der betroffenen versicherten Person gekündigt werden.

8. Unsere Tarifleistungen

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von diesen Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.

8.1. Ambulante Heilbehandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel, Hilfsmittel

Folgende, nach Art und Umfang medizinisch notwendige Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen;
- Arznei- und Verbandmittel (als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, Desinfektions- und Kosmetikmittel, Badezusätze sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden);
- Heilmittel, das sind ausschließlich Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- die Miete von Hilfsmitteln in Form von Gehhilfen (Gehstützen, Rollstühle, Gehwagen)

werden zu 100 % erstattet.

8.2. Stationäre Heilbehandlung

Folgende, nach Art und Umfang medizinisch notwendige Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen;
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie sonstige notwendige Sachleistungen

werden zu 100 % erstattet.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach Methoden arbeiten, die dem in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland üblichen wissenschaftlichen Standard entsprechen, und Krankengeschichten führen.

8.3. Zahnärztliche Heilbehandlung

Folgende, nach Art und Umfang medizinisch notwendige Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung;
- akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie

werden zu 100 % erstattet.

8.4. Sonstige Leistungen

- Krankentransporte im Ausland: Medizinisch notwendige Transporte zur stationären Heilbehandlung in das nächstliegende geeignete Krankenhaus und zum nächster-

reichbaren Notfallarzt sowie die medizinisch notwendige Verlegung in ein weiteres Krankenhaus durch anerkannte/zugelassene Rettungs-/Krankentransportdienste.

- b) Krankentransport in die Bundesrepublik Deutschland: Erstattung der Mehrkosten, die durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person (nicht einer Begleitperson) in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn auf Grund der Erkrankung eine ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend in Deutschland stationär weiterbehandelt wird.

Außerdem werden die Mehrkosten für einen Rücktransport der versicherten Person (nicht einer Begleitperson) erstattet, wenn diese stationär im Krankenhaus aufgenommen wurde und nach Prognose des dort behandelnden Arztes die stationäre Heilbehandlung noch mindestens 14 Tage nach dem Tag des Rücktransports medizinisch notwendig ist, die versicherte Person auch in Deutschland stationär weiterbehandelt wird und die voraussichtlichen Kosten der weiteren stationären Krankenhausbehandlung im Ausland nach dem Rücktransporttermin die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

- c) Bestattung/Überführung:
Bei Tod der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes werden entweder
- ausschließlich die Bestattungskosten am Sterbeort, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet, oder
 - die durch die Überführung des Verstorbenen an dessen letzten ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten, das sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen,
- jeweils bis zu 10.000 EUR erstattet.

9. Selbstbeteiligung

Die Versicherungsleistungen werden um die Selbstbeteiligung gekürzt. Diese beträgt pro versicherter Person und Kalenderjahr 50 EUR.

Bei Reisen in die USA gilt Folgendes:

Sind für Behandlungen in den USA Versicherungsleistungen zu erbringen und reicht der Versicherungsnehmer die unbezahlten Rechnungen für die angefallenen Kosten bei dem für die USA zuständigen Vertragspartner des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. ein, wird insoweit auf die Selbstbeteiligung verzichtet. Dies gilt für sämtliche Behandlungskosten und erstattungsfähige Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten für Rückführung sowie im Todesfall.

10. Was wird nicht gezahlt?

Sie erhalten keine Versicherungsleistungen für

- a) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- b) Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt abzusehen war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden würden;
- c) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind, es sei denn, der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Unruhen war für das betreffende Reiseland nicht vorhersehbar und der versicherten Person war keine Ausreise in ein Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich;
- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- f) Zahnersatz, Kronen, Inlays und Kieferorthopädie;
- g) Hilfsmittel (z. B. Sehhilfen, Hörgeräte u. a.), soweit diese nicht in Ziffer 8.1. d) genannt sind;
- h) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eintretenden Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- j) Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen sowie Arzneimittel, die weder dem im Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland üblichen wissenschaftlichen Standard entsprechen;
- k) Aufwendungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern, für Pflege- und Begleitpersonal, für ärztliche Gutachten, Berichte u. ä. sowie für Fahrtkosten zur ambulanten Heilbehandlung;
- l) Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebens-

partnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet;

- m) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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. 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.

11. Was müssen Sie im Schadenfall tun?

Die Erstattungsunterlagen (Belege) müssen im Original beim Versicherer eingereicht werden. Die Belege und Nachweise werden Eigentum des Versicherers. Darüber hinaus müssen die vom Versicherer geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein. Nur dann ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

Zum Nachweis einer Rückführung ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.

Bei der Geltendmachung von Bestattungs- bzw. Überführungskosten ist eine amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

12. Welche Angaben müssen die Belege enthalten?

Alle Belege müssen Namen und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zunamen sowie Geburtsdatum der behandelten Person enthalten; zusätzlich müssen deutlich hervorgehen aus

- a) ärztlichen bzw. zahnärztlichen Rechnungen: die Krankheitsbezeichnungen sowie die Spezifikation der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten;
- b) Rezepten: die verordneten Arznei-, Verband- bzw. Heilmittel sowie Preis, Bezugsdatum und Quittungsvermerk;
- c) Belegen bei Zahnbehandlung: die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung;
- d) Krankenhausrechnungen: Aufnahme- und Entlassungsdatum, die Krankheitsbezeichnungen sowie die Spezifikation der Leistungen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch andere Versicherungsträger oder Haftende sind nachzuweisen.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der Sozialversicherung, Beihilfe, Heilfürsorge und entsprechenden Einrichtungen, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die darüber hinaus notwendig bleiben. Entsprechendes gilt bei Flugzeugunfällen für Ansprüche auf Leistungen gegen die Fluggesellschaft (Luftrachtführer).

Der Versicherungsnehmer soll sämtliche Belege innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung der Reise einreichen.

13. Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer auf dessen Verlangen die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen.

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in den vorstehenden Absätzen genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

14. Wie werden die Versicherungsleistungen ausgezahlt?

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 dem jeweils neuesten Stand.

Kosten der Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, sowie für Übersetzungen können von der Leistung abgezogen werden.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

15. Was kostet der Versicherungsschutz?

Die Beiträge sind Monatsbeiträge und betragen für eine versicherte Person bis zu einem Alter von 70 Jahren 1 EUR, ab einem Alter von 71 Jahren 3 EUR. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Ab Beginn des auf die Vollendung des 70. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der dann gültige Monatsbeitrag für eine neu zugehende versicherte Person ab einem Alter von 71 Jahren zu zahlen. Erhöht sich dadurch der Beitrag, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Beitragsänderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

16. Beitragszahlung

Die Monatsbeiträge sind am Ersten eines Monats fällig. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Wird ein Monatsbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die damit verbundenen Rechtsfolgen in Textform gemahnt.

17. Ansprüche gegen Dritte

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 (Kostenersatz sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

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.

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.

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.

Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

18. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Änderung wirksam werden sollte. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

19. Aufrechnung

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

20. Willenserklärungen und Anzeigen

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

21. Gerichtsstand

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

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

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

Hatte der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland und tritt das den streitigen Anspruch auslösende Ereignis im Ausland ein, so ist hierfür das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig, wenn nicht schon nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen die Zuständigkeit eines anderen Gerichtes in Deutschland gegeben ist. Ansonsten gilt:

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so ist außer dem Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, das im Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Ansehung des damaligen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zuständig gewesen wäre.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf

wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

...

(Auszug aus Abs. 6)

- (6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Abs. 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistung fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. ...

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzung

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.