

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in der Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Vertrages erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 (AVB/001), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Auslandsreisekrankenversicherung. Sie sichern mit dieser Versicherung das Krankheitskostenrisiko bei akut auftretenden Krankheiten und Unfallfolgen Ihrer Reise ins Ausland für die beantragte Dauer ab, längstens jedoch bis zu 42 Tagen.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlung wegen akuter auf der Reise aufgetretener Krankheit, akuter Unfallfolgen sowie akuter Zahnbehandlung im Ausland
- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendigen Krankenrücktransport nach Deutschland
- ✓ Aufwendungen für Bestattung oder Überführung nach Deutschland bei Todesfall im Ausland



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen in den USA
- ✗ Behandlungen und Untersuchungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt abzusehen war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden würden
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle sowie Entgiftungs- und Entzugsbehandlungen
- ✗ Zahnersatz
- ✗ Ambulante Psychotherapie
- ✗ Behandlungen in Ländern, deren Staatsangehörigkeit der Versicherte (auch) besitzt

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 (AVB/001), dort insbesondere unter Ziffer 10.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es besteht eine Eigenbeteiligung von 50,- € pro Reise.
- ! Die Leistungen für Bestattung und Überführung im Todesfall sind auf 10.000,- € begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen im Ausland (mit Ausnahme der USA).



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns auf unser Verlangen hin jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und deren Umfang erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und wird nach Antragstellung per online-Formular von dem von Ihnen angegebenen Konto abgebucht.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Verlassen der Bundesrepublik Deutschland.
- Der Versicherungsschutz endet jeweils mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf der beantragten Versicherungsdauer.
- Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dieser wird für die beantragte Dauer abgeschlossen und endet danach automatisch.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Eine Kündigungsmöglichkeit innerhalb der beantragten Vertragsdauer besteht nicht.

Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 Auslandsaufenthalt (ohne USA) bis 42 Tage

- **Kundeninformationen**
- **Allgemeine Versicherungsbedingungen**
- **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**
- **Dienstleisterliste**
- **Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrages**

Kundeninformationen

Nachfolgend geben wir Ihnen einen ersten Überblick über die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 **ohne Versicherungsschutz in den USA. Bitte beachten Sie daher, dass diese Informationen nicht abschließend sind!**

Art der Versicherung

Mit dem Tarif 001 schließen Sie eine Auslandsreise-Krankenversicherung für eine Versicherungsdauer bis zu 42 Tagen ab.

Versichertes Risiko

Bei einem Aufenthalt im Ausland (**außer den USA**) erstatten wir bei akut auftretender Krankheit die Aufwendungen für

- Ambulante Heilbehandlung
- Schmerzstillende Zahnbehandlungen
- Krankenhausaufenthalte und Operationen
- Medikamente und Verbandmittel
- Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus
- Medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport einer erkrankten Person aus dem Ausland

Von den Leistungen wird eine Selbstbeteiligung von 50 EUR je versicherter Person und Reise einbehalten.

Bei Tod der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes werden Leistungen für die Bestattung am Sterbeort bzw. für die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz bis zu 10.000 EUR gewährt. Die Tarifleistungen im Einzelnen finden Sie unter Ziffer 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 (AVB/001).

Beitrag

Der Beitrag für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 ist ein Tagesbeitrag.

Sie zahlen bis zum Alter von 70 Jahren pro Tag 0,50 EUR, und ab dem Alter von 71 Jahren pro Tag 1,50 EUR ab dem ersten Versicherungstag.

Der Beitrag ist als Einmalbeitrag für die gesamte Versicherungsdauer zu Beginn des Versicherungsverhältnisses zu zahlen. Der Einmalbeitrag ist das Produkt aus dem Tagesbeitrag und der Versicherungsdauer in Tagen.

Der Beitrag wird von dem im Antrag angegebenen Konto eingezogen. Ist ein Einzug innerhalb der auf den Antragseingang folgenden fünf Banktage auf Grund eines Umstandes, der im Verantwortungsbereich des Versicherungsnehmers liegt, nicht möglich, kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande (vgl. Ziffer 4. der AVB/001).

Versicherer

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Lüneburg HRB 29
Vorstand: Dr. Matthias Brake (Vors.), Gisela Lenk, Hendrik Lowey
Aufsichtsrat: Dr. Hans-Jochen Leupelt (Vors.)
Unternehmenssitz: Lüneburg
Hausanschrift: Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Str. 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: Landeskrankenhilfe V.V.a.G., 21332 Lüneburg

Geschäftstätigkeit

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers: Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Antrags zustande. Der Antrag gilt mit dem Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten EDV-Antragsformulars sowie der wirksam erteilten Einzugsermächtigung beim Versicherer als angenommen; die Annahme steht unter der aufschiebenden Bedingung, dass das bezogene Konto im Zeitpunkt des Beitragseinzugs eine entsprechende Deckung aufweist, wobei der Antragsteller insoweit darauf vertrauen darf, dass der Beitragseinzug in der Zeit zwischen Antragseingang und den darauf folgenden fünf Banktagen erfolgt. Der Versicherer ist allerdings nur zu einem einmaligen Einzugsversuch verpflichtet. Die Bestätigung des Antragseingangs beim Versicherer erfolgt durch Mitteilung einer Vertrags-Referenz-Nummer.

Widerrufsrecht und Folgen des Widerrufs

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Dieses Widerrufsrecht besteht nicht für Verträge mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg

E-Mail: ArKv@LKH.de

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:

(0 41 31) 40 34 02

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dieser Prämienanteil errechnet sich aus dem Produkt der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, und dem zu zahlenden Tagesbeitrag (Ziffer 15. AVB/001). Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit

Der Versicherungsvertrag gilt für Auslandsreisen innerhalb der beantragten und gezahlten Versicherungsdauer (Reisedauer in Tagen), die jedoch höchstens 42 Tage beträgt.

Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. Ein Kündigungsrecht innerhalb dieser Dauer besteht nicht.

Der Versicherungsvertrag endet auch mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist Deutsch. Sämtliche Informationen vor und nach Vertragsabschluss werden ausschließlich in deutscher Sprache erteilt.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Für den Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Den Gerichtsstand im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung entnehmen Sie bitte Ziffer 20. der AVB/001.

Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, errichtet ist. Der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. gehört diesem Sicherungsfonds an.

Aufsichtsbehörde

Versicherungsunternehmen unterliegen der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte direkt an uns:

Landeskrankenhilfe V.V.a.G., 21332 Lüneburg

E-Mail: ArKv@LKH.de

Telefon: (0 41 31) 7 25 - 0

Fax (0 41 31) 40 34 02

Wir werden versuchen, eine einvernehmliche Lösung zu finden. Sollte dies nicht gelingen, können Sie sich auch an den Ombudsmann für die private Krankenversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin wenden. Die Entscheidungen des Ombudsmanns haben Empfehlungscharakter. Der Ombudsmann kann in Fällen tätig werden, in denen weder die Aufsichtsbehörde eingeschaltet wurde, noch ein Rechtsstreit gerichtlich anhängig ist. Die Möglichkeit des Versicherungsnehmers, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerden können Sie auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn richten.

[zurück](#)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif 001 (AVB/001)

1. Was ist versichert?
 2. Wer kann sich versichern?
 3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?
 4. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?
 - 4.1. Abschluss per Überweisungsvordruck
 - 4.2. Abschluss online
 5. Wann beginnt der Versicherungsschutz?
 6. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
 7. Wann endet der Versicherungsschutz?
 8. Unsere Tarifleistungen
 - 8.1. Ambulante Heilbehandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel, Hilfsmittel
 - 8.2. Stationäre Heilbehandlung
 - 8.3. Zahnärztliche Heilbehandlung
 - 8.4. Sonstige Leistungen
 9. Selbstbeteiligung
 10. Was wird nicht gezahlt?
 11. Was müssen Sie im Schadenfall tun?
 12. Welche Angaben müssen die Belege enthalten?
 13. Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalls zu beachten? (Obliegenheiten)
 14. Wie werden die Versicherungsleistungen ausgezahlt?
 15. Was kostet der Versicherungsschutz?
 16. Beitragszahlung
 17. Ansprüche gegen Dritte
 18. Aufrechnung
 19. Willenserklärungen und Anzeigen
 20. Gerichtsstand
- Anhang VVG: § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit
Anhang VVG: § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie
Anhang VVG: § 86 Übergang von Ersatzansprüchen
Anhang LPartG: § 1 Form und Voraussetzungen
Anhang: Verbraucherschlichtungsstelle

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, soweit die betreffenden Länder vom Versicherungsschutz umfasst sind (Ziffer 3.).

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.

Anfang

2. Wer kann sich versichern?

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

Anfang

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen innerhalb des Zeitraumes, für den die Versicherung abgeschlossen ist, längstens jedoch für 42 Tage.

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

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

In den USA besteht kein Versicherungsschutz, es sei denn, dies wurde ausdrücklich beantragt. Für den Versicherungsschutz in den USA wird ein gesonderter Beitrag erhoben (Ziffer 15.).

Ziffer 2. bleibt unberührt.

Anfang

4. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen werden.

Anfang

4.1. Abschluss per Überweisungsvordruck

Wird eine Versicherung gegen Einmalbeitrag auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Einzahlungs-/Überweisungsvordruck beantragt und erfolgt die Zahlung des Einmalbeitrages über ein Kreditinstitut, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges der auf dem Einzahlungs-/Überweisungsvordruck ordnungsgemäß gemachten Antragsangaben beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Einmalbeitrages (Tag der unwiderruflichen Erteilung des Überweisungsauftrages ist maßgebend, dessen Ausführung vorausgesetzt) als zustande gekommen. Als Versicherungsnehmer gilt bei Überweisung der Kontoinhaber, ansonsten der im Einzahlungsvordruck angegebene Einzahler. Als Versicherungsschein gilt in diesem Fall die Einzahler-Quittung.

Anfang

4.2 Abschluss online

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Antrags zustande. Der Antrag gilt mit dem Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten EDV-Antragsformulars sowie der wirksam erteilten Einzugsermächtigung beim Versicherer als angenommen; die Annahme steht unter der aufschiebenden Bedingung, dass das bezogene Konto im Zeitpunkt des Beitragseinzugs eine entsprechende Deckung aufweist, wobei der Antragsteller insoweit darauf vertrauen darf, dass der Beitragseinzug in der Zeit zwischen Antragseingang und den darauf folgenden fünf Banktagen erfolgt. Der Versicherer ist allerdings nur zu einem einmaligen Einzugsversuch verpflichtet. Die Bestätigung des Antragseingangs beim Versicherer erfolgt durch Mitteilung einer Vertrags-Referenz-Nummer.

Anfang

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.

Anfang

6. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag gilt für Auslandsreisen innerhalb der beantragten und gezahlten Versicherungsdauer (Reisedauer in Tagen), längstens jedoch für 42 Tage.

Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

Anfang

7. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens jedoch mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

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.

Anfang

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. Wurde der Beitrag für die vereinbarte Reisedauer (vgl. Ziffer 15) nicht vollständig gezahlt, so werden die Leistungen jeweils nur im Verhältnis zwischen dem gezahlten und dem erforderlichen Beitrag erbracht.

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend

gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Anfang

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

Folgende, nach Art und Umfang medizinisch notwendige Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen;
- b) 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);
- c) Heilmittel, das sind ausschließlich Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) die Miete von Hilfsmitteln in Form von Gehhilfen (Gehstützen, Rollstühle, Gehwagen)

werden zu 100 % erstattet.

Anfang

8.2. Stationäre Heilbehandlung

Folgende, nach Art und Umfang medizinisch notwendige Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen;
- b) 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.

Anfang

8.3. Zahnärztliche Heilbehandlung

Folgende, nach Art und Umfang medizinisch notwendige Aufwendungen für

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

werden zu 100 % erstattet.

Anfang

8.4. Sonstige Leistungen

- a) Krankentransporte im Ausland:
Medizinisch notwendige Transporte zur stationären Heilbehandlung in das nächstliegende geeignete Krankenhaus und zum nächsterreichbaren Notfallarzt sowie die medizinisch notwendige Verlegung in ein weiteres Krankenhaus durch anerkannte/zugelassene Rettungs-/Krankentransportdienste.
- b) Krankenrücktransport 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.

Anfang

9. Selbstbeteiligung

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

Soweit Versicherungsschutz in den USA besteht, gilt bei Reisen dorthin 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.

Anfang

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, Gehhilfen, 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 Lebenspartnerschaftsgesetz (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.

Anfang

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.

Anfang

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 (Luftfrachtführer).

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

Anfang

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

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.

Anfang

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.

Anfang

15. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Tagesbeitrag beträgt für eine versicherte Person ohne Versicherungsschutz in den USA bis zum Alter von 70 Jahren ab dem 1. Reisetag 0,50 EUR und ab dem Alter von 71 Jahren ab dem 1. Reisetag 1,50 EUR.

Der Tagesbeitrag beträgt für eine versicherte Person mit Versicherungsschutz in den USA bis zum Alter von 70 Jahren ab dem 1. Reisetag 1 EUR und ab dem Alter von 71 Jahren ab dem 1. Reisetag 3 EUR.

Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Der Mindesteinmalbeitrag beträgt für jede versicherte Person 3 EUR.

Anfang

16. Beitragszahlung

Der Beitrag ist als Einmalbeitrag für die gesamte Versicherungsdauer bis zu 42 Tagen spätestens bei Abschluss der Versicherung zu zahlen.

Bei Vertragsabschlüssen über das Internet wird der Beitrag für die gesamte Versicherungsdauer nach Abschluss des Versicherungsvertrages per Lastschrift von dem im Antrag angegebenen Konto durch den Versicherer eingezogen.

Anfang

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.

Anfang

18. Aufrechnung

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

Anfang

19. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Anfang

20. 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 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.

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.

Anfang

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 Auskunft- 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.

Anfang

§ 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.

Anfang

§ 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.

Anfang

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person 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.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Anfang

Verbraucherschlichtungsstelle

Der Landeskrankenhilfe V.V.a.G. nimmt am außergerichtlichen Schlichtungsverfahren durch eine Verbraucherschlichtungsstelle teil. Wenn Sie ein solches Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte an den

OMBUDSMANN
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Telefon: 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 030 20 45 89 31
www.pkv-ombudsmann.de

Sie können sich direkt an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden oder die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbelegungsplattform unter dem Link www.ec.europa.eu/consumers/odr nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort zunächst an uns und dann an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Eine Kontaktaufnahme mit dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. ist u.a. auch unter der E-Mail-Adresse ArKv@LKH.de möglich.

[Anfang](#)

[zurück](#)

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung^{a)}

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

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

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Landeskrankenhilfe

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikoprüfung und zur Prüfung der Leistungspflicht

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

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

Wir werden diese Erklärungen im Einzelfall von Ihnen einholen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel den Druck unserer Vertragskorrespondenz, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle.

^{a)} Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Landeskrankenhilfe Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.LKH.de eingesehen oder bei uns (Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Str. 120, 21335 Lüneburg oder unter der hierfür eingerichteten Service-Telefonnummer: (0 41 31) 72 53 20) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Landeskrankenhilfe gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

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

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

[zurück](#)

Dienstleisterliste

zur "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung"

Dienstleister, die im Auftrag der LKH personenbezogene Daten erheben und verarbeiten

Dienstleisterkategorie	Gegenstand des Auftrags
Druckdienstleister	Druck und Versand von Vertragspost
Entsorger	Datenträger- / Aktenvernichtung
Rechtsanwälte	juristische Beratung und Vertretung
IT-Dienstleister	Software-Entwicklung, Programmierung, Hard- und Software-Implementierung/Wartung/Pflege, Versicherungsproduktvergleich
Gutachter und Sachverständige (z. B. Beratungsärzte, Begutachtungsinstitute)	Erstellung von Gutachten, Beratungsdienstleistungen
Lieferanten	Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln
Rettungsdienste	Krankentransporte
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung
Auskunfteien	Schuldnerrecherchen

Stand: 01.01.2019

[zurück](#)

Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Auslandsreise- Krankenversicherungsvertrages

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Landeskrankenhilfe V.V.a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Uelzener Str. 120
21335 Lüneburg
Telefon (0 41 31) 72 50
Fax (0 41 31) 40 34 02
E-Mail-Adresse Info@LKH.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@LKH.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere Versicherungsprodukte,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungsangelegenheiten benötigen.

Gemeinsame Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe (Landeskrankenhilfe V.V.a.G. und Landeslebenshilfe V.V.a.G.):

Bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben werden innerhalb der Unternehmensgruppe für die beiden verbundenen Unternehmen zentral wahrgenommen. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder beiden Unternehmen besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Service oder zum Zwecke der gemeinsamen Postverteilung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter <https://www.lkh.de/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich oder aufsichtsrechtlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der/Die Landesbeauftragte für den
Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
www.lfd.niedersachsen.de

Datenübermittlung in ein Drittland

Eine von uns veranlasste Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes findet nicht statt.

[zurück](#)

Anhang

Dienstleisterliste

Dienstleisterkategorie	Gegenstand des Auftrags
Druckdienstleister	Druck und Versand von Vertragspost
Entsorger	Datenträger-/ Aktenvernichtung
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
IT-Dienstleister	Software-Entwicklung, Programmierung, Hard- und Software-Implementierung/ Wartung/Pflege, Versicherungsproduktvergleich
Gutachter und Sachverständige (z. B. Beratungsärzte, Begutachtungsinstitute)	Erstellung von Gutachten, Beratungsdienstleistungen
Lieferanten	Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln
Rettungsdienste	Krankentransporte
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung
Auskunfteien	Schuldnerrecherchen