Drucken Speichern

Allianz

Marburger Bund

Hinweis für Studenten, die diesen Antrag selbst ausfüllen:
Bitte dieses PDF-Dokument vollständig am PC ausfüllen, ausdrucken und unterschreiben oder direkt im Dokument elektronisch unterschreiben. Anschließend das unterschriebene „Original für Versicherer" und „Original für Verband" entweder per Post oder eingescannt per E-Mail an den zuständigen Vermittler (siehe Punkt 8. Vermittlerdaten) senden oder dort persönlich abgeben. Der „Vordruck für den Antragsteller" verbleibt bei Ihnen.

○ Ich möchte Mitglied im „**Marburger Bund** – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V." werden und erhalte gleichzeitig einen kostenlosen Auslandskrankenversicherungsschutz der Allianz Private Krankenversicherungs-AG nach Tarif **Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)**.

Meine Marburger Bund-Mitgliedschaft und der Allianz-Versicherungsschutz sollen ab 0 1 **beginnen bzw. bestehen.**

☒ Ich bin bereits Mitglied im „**Marburger Bund** – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V." und möchte nun einen kostenlosen Auslandskrankenversicherungsschutz der Allianz Private Krankenversicherungs-AG nach Tarif **Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)** erhalten.

Mein Versicherungsschutz soll ab dem 0 1 bestehen.

Hinweis

Wir empfehlen für das Ausfüllen unserer PDF-Anträge das Programm Adobe Reader/Acrobat zu verwenden.

In anderen Anwendungen können aufgrund der hinterlegten Programmierungen Fehlermeldungen auftreten.

SO-51-152Z0 (10V) PRO3 Gültig vom 16.6.2026 – 31.12.2026

PESVA03244

Drucken Speichern

Marburger Bund

Bitte ausfüllen!

Beitrittserklärung Marburger Bund

1. Persönliche Angaben ○ Frau ○ Herr

Vorname | Nachname

Geburtsdatum | Nationalität

2. Kontaktdaten

Straße | Hausnummer

PLZ | Wohnort

E-Mail | Telefonnummer/Mobilnummer

3. Angaben zum Studium Tätigkeit ☒ Student/in

Uni/Hochschule | Studienort

Landesverband | Fachsemester | Voraussichtliches Studienende

Geplanter studien-/weiterbildungsbedingter Auslandsaufenthalt (falls bereits bekannt):

Vom | bis | in

Grund für den Auslandsaufenthalt: ○ Student/Famulatur ○ PJ ○ Doktorand

Ich habe verstanden, dass die Marburger Bund-Mitgliedschaft für Studenten kostenlos ist. Ich bin verpflichtet, das Ende des Studiums dem Marburger Bund anzuzeigen. Dann wird die Mitgliedschaft beitragspflichtig. Die aktuellen Mitgliedsbeiträge erfahren Sie von Ihrem Marburger Bund-Landesverband

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Marburger Bund.

Die Mitgliedschaft soll in dem jeweils für meinen Tätigkeitsort zuständigen Landesverband bestehen. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten elektronisch gespeichert und für Verbandszwecke verwendet werden können.

Bitte unterschreiben!

Ort, Datum

✗ Unterschrift des Antragstellers

SO-51-152Z0 (10V) PRO3 Gültig vom 16.6.2026 – 31.12.2026

PESVA03244

Drucken Speichern

Allianz

Kooperationsvereinbarung

AK-

Teil 1 Antrag auf Abschluss der Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)

Ihre Krankenversicherung für Auslandsaufenthalte

Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)

Bitte ausfüllen!

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer/Versicherte Person

○ Frau ○ Herr

Vorname	Nachname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße	Hausnummer	PLZ	Wohnort

E-Mail	Telefonnummer und Mobilfunk-Nr.

Tätigkeit ☒ Student/in

Uni/Hochschule	Studienort

★

Dokumente Digital aktivieren und Vorteile nutzen

Mit unserem neuen Service Dokumente Digital profitieren Sie von einer zentralen Übersicht über Ihre Vertragsdokumente: Digital, sicher und einfach zugänglich in Meine Allianz – ohne Postversand. Melden Sie sich jetzt an unter allianz.de/dokumente-digital

2. Versicherungsbeginn: 0 1 M M J J J J

Bitte ausfüllen!

3. Antragserklärung Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3):

○ Ich beantrage die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) mit der Beitragszahlerin **Marburger Bund Treuhandgesellschaft mbH (MBT)**.

Beim Marburger Bund bin ich bereits Mitglied oder werde zum 0 1 M M J J J J Mitglied.

Die **MBT** übernimmt für mich während der ersten 4 Versicherungsjahre den Monatsbeitrag von 0,72 € sowie den monatlichen Zusatzbeitrag von 10,43 € während des aus- oder weiterbildungsbedingten Auslandsaufenthalts. Voraussetzung für die Versicherung ist eine aktive Marburger Bund-Mitgliedschaft. Bei Ausscheiden aus dem Marburger Bund endet auch die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3). Nach den ersten 4 Versicherungsjahren kann ich die Reise-Krankenversicherung auf eigene Kosten fortsetzen.

Bitte ausfüllen!

4. Falls bereits bekannt: Studien-/weiterbildungsbedingter Auslandsaufenthalt (maximaler Versicherungsschutz 12 Monate):

Vom	bis	in

★

5. Aktueller Krankenversicherungsschutz: ○ gesetzlich versichert ○ privat versichert

Bitte ausfüllen!

6. Kontodaten im Leistungsfall

Bitte geben Sie ein Konto an, auf das Ihnen die Allianz Private Krankenversicherungs-AG im Leistungsfall Ihre eingereichten Rechnungen erstatten soll:

Kontoinhaber	Kreditinstitut

IBAN

D E

★

7. Werbeeinwilligung

Uns ist es wichtig, Sie jederzeit bedarfsgerecht beraten zu können.

Wir als Allianz[1] möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen[2] sowie zu besonderen Services[3] per E-Mail, Telefon, SMS und/oder Messenger-Dienst (WhatsApp, Facebook, Instagram, Xing, LinkedIn, iMessage) informieren und kontaktieren.

○ **Ich bin einverstanden, dass die Allianz sich hierzu unter Verwendung der von mir angegebenen Daten[4] mit mir in Verbindung setzt.**

Wir geben Ihre Daten nicht unbefugt an Dritte weiter. Der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen, z.B. online unter allianz.de/werbewiderspruch

[1] Mit Ihrer Zustimmung berechtigen Sie folgende Allianz Gesellschaften: Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Global Investors GmbH, Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG und die für Sie zuständige(n) Allianz Vertretung(en). [2] Die Bereiche Versicherung, Vorsorge und Vermögen umfassen insbesondere: Schaden- und Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Lebensversicherung, Vermögensanlage, Baufinanzierung und Bausparen. [3] Unsere besonderen Services umfassen insbesondere: Kundenevents, unser Kunden-Vorteilsprogramm, Tipps zur Schadensprävention und Befragungen zur Kundenzufriedenheit. [4] Hinweise zum Datenschutz: Ihre Kontaktdaten, die Sie im Rahmen einer Vertragsbeziehung oder bei einem anderen Kontakt mit den aufgeführten Allianz Gesellschaften oder der/den zuständigen Allianz Vertretung(en) angegeben haben bzw. künftig mitteilen werden (wie Anrede, Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer), werden von den aufgeführten Allianz Gesellschaften und der/den zuständigen Allianz Vertretung(en) verarbeitet und für die genannten Zwecke genutzt. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzhinweise unter allianz.de/datenschutz

SO-51-152ZO (10V) PRO3 Gültig vom 16.6.2026 – 31.12.2026

PESVA03244

Drucken Speichern

8. Vermittlerdaten

Pflichtangaben:

Vermittlernummer

Vermittlername

Telefon

E-Mail-Adresse (Wichtig für Nachbearbeitungen)

Fanden Beratung und Abschluss des Vertrags ausschließlich per Telefon, Video oder digital (z. B. Chats oder E-Mail) statt?

Hat es auch nur ein einziges persönliches Beratungsgespräch zur konkreten Versicherung gegeben (unter gleichzeitiger körperlicher Anwesenheit z. B. in der Agentur oder beim Kunden), handelt es sich NICHT um einen Fernabsatzvertrag. In diesem Fall muss die Frage mit NEIN beantwortet werden.

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Nicht zutreffend, da Kunde durch Makler beraten

Zusätzliche Angaben:

Makler

externe Vorgangs-Nr.

Fremd-Nr. (Untervermittler/Kooperationen)

Ausschließlichkeit

B-Nr.b

Bankordnungsmerkmal

Teil 2

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer"), 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. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht"). Darum benötigen wir als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.).

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

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

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen.

Die zurzeit gültige Liste kann im Internet unter www.allianz.de/dienstleister-apkv eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 21, krankenversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht 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. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) 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 auf einen anderen Vermittler 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 auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen 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.

II. Einwilligungserklärung zur Prüfung der Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis

Der Versicherer wird das Bestehen meiner Mitgliedschaft im Marburger Bund und damit die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis auch zukünftig prüfen, da die Mitgliedschaft Voraussetzung für die Übernahme der Beitragsschuld mit befreiender Wirkung für meine Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) durch die MBT ist. Zu diesem Zweck **willige ich ein**, dass der Marburger Bund dem Versicherer meine Mitgliedschaft im Marburger Bund bestätigen sowie mein Ausscheiden daraus mitteilen darf. Widerrufe ich meine Einwilligung, wird dieser PRO3-Vertrag beendet.

Erklärungen und Hinweise zum Antrag

Erklärungen zum Antrag

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Hinweise zum Antrag

Vertragsgrundlagen
Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Versicherungsbedingungen.

Widerrufsrecht
Sie können Ihren Antrag widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen" entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer"), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 09
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Die Erstellung von Angeboten sowie der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten") nicht möglich.

Zur Erstellung von individuellen Angeboten sowie zur Prüfung Ihres Antrags auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles, Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Durchführung für vorvertragliche Maßnahmen sowie zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z.B. bei der Gesundheitsvorsorge oder der Erstellung von Statistiken.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Gesundheitsvorsorge oder der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und Ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten
Vermittler:
Der selbständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungs- und Betreuungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:
Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post und Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/dienstleister-apkv entnehmen oder bei uns anfordern.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung
Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie 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 können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:
Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

Datenübermittlung in ein Drittland
Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Drucken Speichern

Ich verzichte mit Annahme des Angebots auf Beratung und Dokumentation der Beratung. Mir ist bewusst, dass sich ein Verzicht nachteilig auf meine Möglichkeit auswirken kann, gegen die Allianz Private Krankenversicherungs-AG einen Schadenersatzanspruch wegen Verletzung der Beratungs- und Dokumentationspflicht geltend zu machen.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung". Mit der Unterschrift gebe ich die in **Teil 1 (einschließlich Werbeeinwilligung, sofern angekreuzt)** und in **Teil 2** unter **I.** und **II.** aufgeführten Erklärungen ab. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Hinweise in **Teil 2** habe ich zur Kenntnis genommen. Zu diesem Antrag bestehen keine Nebenabreden.

Bitte unterschreiben!

Text

Ort, Datum

✗

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Vermittlers

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-152Z0 (10V) mit Stand 1.26) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" sowie der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag"
- „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten", „Versicherungsinformationen", Versicherungsbedingungen zum beantragten Tarif Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)

Bitte unterschreiben!

Text

Ort, Datum

✗

Unterschrift des Antragstellers

Teil 3

Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM) und Widerspruch

Information zur Datenübermittlung von Lohnsteuerabzugsmerkmalen (ELStAM)
Der Gesetzgeber hat uns verpflichtet, dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) jährlich im Voraus die arbeitgeberzuschussfähigen Beiträge und Vorsorgeaufwendungen für die Lohnsteuer als Lohnsteuerabzugsmerkmal für das Folgejahr elektronisch zu übermitteln („ELStAM").

Die Meldung betrifft folgende zu zahlende Beiträge (§ 39 Abs. 4 Nr. 4 a und b Einkommensteuergesetz (EStG)):

- **Zuschussfähige Beiträge zur Kranken-/Pflegepflichtversicherung**
  (§ 3 Nr. 62 EStG i.V.m. §257 SGB V, § 61 SGB XI)
- **Vorsorgeaufwendungen zur Kranken-/Pflegepflichtversicherung**
  (§ 10 Abs.1 Nr. 3 Satz 1 EStG)

Der Tarif Pro3 hat keine ELStAM-Relevanz, daher könnte sich eine Verpflichtung zur Übermittlung der ELStAM erst durch die Ausübung der vereinbarten Option ergeben.

Widerspruchsrecht
Der Übermittlung können Sie als Versicherungsnehmerin bzw. als Versicherungsnehmer formlos widersprechen. Dies ist vollständig oder auch teilweise möglich, z.B. wenn Sie für einzelne versicherte Personen oder für einen bestimmten Zeitraum widersprechen möchten. Dann melden wir entsprechend Ihrem Widerspruch die Daten nicht. Dies kann zur Folge haben, dass der Arbeitgeberzuschuss nicht gewährt wird und/oder die als Vorsorgeaufwendungen absetzbaren Anteile im Lohnsteuerabzugsverfahren nicht berücksichtigt werden. Ein Widerspruch ist nur für künftige Kalenderjahre möglich und muss jeweils bis zum 1. November des Vorjahres vorliegen. Die Rücknahme eines Widerspruchs ist für zurückliegende Kalenderjahre nicht möglich.

SO-51-152Z0 (10V) PRO3 Gültig vom 16.6.2026 – 31.12.2026

PESVA03244

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler. Vorstand: Dr. Jan Esser, Vorsitzender; Daniel Bahr, Anke Idstein, Tina Riedl, Markus von Freyberg, Dr. Thomas Wiesemann.
Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 239 569; Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 10 a) UStG und versicherungsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 5 VersStG.
Sitz der Gesellschaft: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212, Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München.

Allianz

Auslandsreisekrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Unternehmen: Allianz Private Kranken-versicherungs-AG, Deutschland

Produkt: Tarif Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die gewünschte Versicherung.
Die Darstellung beschränkt sich auf die aus unserer Sicht wichtigsten Informationen.

Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Weitere Informationen erhalten Sie in den „Versicherungsinformationen".

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Bei dem vorliegenden Angebot handelt es sich um eine Auslandskrankenversicherung. Mit der Versicherung ersetzen wir bei einer Reise im Ausland entstandene medizinisch notwendige Kosten für die Behandlung bei Krankheit oder Unfall-Folgen.

Was ist versichert?

- ✓ Ambulante und stationäre Behandlung durch den Arzt
- ✓ Arznei- und Heilmittel
- ✓ Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus
- ✓ Schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen
- ✓ Reparaturen von Inlays und Zahnersatz (z. B. Kronen)
- ✓ Kranken-Rücktransport
- ✓ Serviceleistungen (z. B. Telefonischer Service, Organisation Kranken-Rücktransport)
- ✓ Private und geschäftliche Auslandsreisen
- ✓ Annahmeverpflichtung für eine Krankenvoll- und Krankentagegeldversicherung

Was ist nicht versichert?

- x Behandlung innerhalb Deutschlands und in Staaten, in denen ein Wohnsitz besteht
- x Behandlung durch nahe Angehörige (z. B. Ehe- oder Lebenspartner)
- x „Reha-Behandlungen"
- x Psychotherapie
- x Hilfsmittel, insbesondere Sehhilfen
- x Zahnersatz (z. B. Implantate) und Kieferorthopädie

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht versichert sind Behandlungen, die Grund der Auslandsreise sind
- ! Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der achten Woche einer Auslandsreise

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht jeweils für die ersten 56 Tage einer Auslandsreise weltweit.
  Für die Dauer einer Aus- oder Weiterbildung zum Arzt/Facharzt im Ausland kann der Versicherungsschutz für längstens 12 Monate ausgeweitet werden.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Fragen im Antrag müssen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden.
  Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.
- Auf Nachfrage müssen Sie uns alle erforderlichen Auskünfte zu Ihrem Leistungsanspruch geben.

Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist zum Versicherungsbeginn zu zahlen. Die folgenden Beiträge sind jeweils am 1. eines Monats zu zahlen. Bei Mitgliedschaft in einem Landesverband des „Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (Bundesverband)“ wird der Beitrag von der „Marburger Bund Treuhandgesellschaft mbH“ (MBT) einmalig für die ersten vier Versicherungsjahre gezahlt.
- Wir ziehen den Beitrag grundsätzlich per SEPA-Lastschrift ein.
- Mit der Zahlung des Beitrages werden keine Alterungsrückstellungen aufgebaut.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz startet mit dem vereinbarten Beginn. Dieser steht auf dem Versicherungsschein. Voraussetzung ist, dass der erste Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt wird. Sonst beginnt der Versicherungsschutz erst mit der vollständigen Zahlung.
- Für den Versicherungsvertrag gilt eine Höchstversicherungsdauer von vier Versicherungsjahren, mit deren Ablauf das Versicherungsverhältnis endet.
  Der Versicherungsschutz endet zudem mit der Beendigung des Vertrages. Dies ist z. B. mit Vollendung des 34. Lebensjahres, aufgrund von Kündigung oder Verlust der Versicherungsfähigkeit der Fall.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Erstmals ist die Kündigung zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres möglich.
- Es bestehen außerdem für Sie Sonderkündigungsrechte. Diese bestehen z. B., wenn wir den Beitrag erhöhen.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Versicherungsinformationen zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Nachfolgend erhalten Sie weitere wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München. Sitz der Gesellschaft ist München. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister München unter der Nummer HRB 2212. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein genannt.

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben vor allem die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Bayenthalgürtel 26 in 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erklären wir in der Regel durch die Übersendung des Versicherungsscheins.
Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht.
Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die gesetzlich vorgeschriebene Widerrufsbelehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren Informationen, die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung mitzuteilen sind,

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstr. 28, 80802 München oder per E-Mail an Krankenversicherung@Allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag des Versicherungsschutzes je nach gewünschter Zahlungsperiode um folgenden Betrag: 1/30 der Monatsprämie, 1/90 der vierteljährlichen Prämie, 1/180 der halbjährlichen Prämie bzw.1/360 der Jahresprämie. Die Zahlungsperiode sowie die Prämie können Sie dem Antrag sowie dem Versicherungsschein entnehmen. Der Versicherer erstattet Ihnen jedoch auch diesen Teil der Prämie für das erste Jahr des Versicherungsschutzes, wenn Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Die Zahlung nimmt der Versicherer auf das Konto der Marburger Bund Treuhandgesellschaft (MBT) vor, da die MBT die Zahlung der Prämie mit befreiender Wirkung Ihnen gegenüber vorgenommen hat. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.
Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Wie lange Ihr Vertrag läuft und wie Sie oder wir ihn beenden können, entnehmen Sie bitte Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

An wen können Beschwerden gerichtet werden?
Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Alternativ besteht für Sie auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; Webseite: www.pkv-ombudsmann.de) Der PKV-Ombudsmann ist ein außergerichtlicher Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. An ihn können sich Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Nicht zuständig ist der Ombudsmann für allgemeine Anfragen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung oder wenn die gleiche Streitfrage bereits vor einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z.B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) behandelt wird oder wurde. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden.

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3)

In der Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) bieten wir Versicherungsschutz für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Außerdem beinhaltet die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) eine Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung. Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung .

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen. Außerdem sind hier die Regelungen zur vereinbarten Option auf Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung enthalten.

		Seite
1.	Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten	1
1.1	Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall	1
1.2	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	2
1.3	Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung	2
1.4	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	3
1.5	Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten	4
1.6	Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger	4
2.	Vereinbarte Option	4

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

		Seite
1.	Vorvertragliche Anzeigepflicht	6
2.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	6
3.	Obliegenheiten	7
4.	Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns	8

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

		Seite
1.	Beginn des Versicherungsschutzes	9
2.	Anteilige Beitragszahlung	9
3.	Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes	9
4.	Fortsetzung des Vertrags und Recht auf Weiterversicherung	10
5.	Deutsches Recht	11
6.	Zuständiges Gericht	11
7.	Verjährung	11
8.	Aufrechnung	11
9.	Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	11

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen. Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem →markiert.

Beispiel: "→Schriftform"

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen. Außerdem sind hier die Regelungen zur vereinbarten Option auf Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung enthalten.

1. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten

Wenn sich die →versicherte Person vorübergehend außerhalb von Deutschland aufhält (vorübergehender Auslandsaufenthalt), ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und weitere Leistungen - mit Ausnahme der Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie mit Ausnahme von Hypnose und von Psychotherapie - nach den folgenden Regelungen:

1.1 Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.1.3 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?
1.1.4 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?
1.1.5 Für welche Dauer eines Auslandsaufenthalts bieten wir Versicherungsschutz?

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall
Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen im Ausland unvorhergesehen eintretender Krankheit oder Unfallfolgen.

Als Versicherungsfall gelten auch
- medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen im Ausland unvorhersehbar eintretender Schwangerschaftsbeschwerden,
- medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und die Entbindung wegen im Ausland unvorhersehbar eintretender Frühgeburten und Fehlgeburten sowie
- notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche im Ausland und
- Tod im Ausland.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

1.1.3 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt und die noch nicht 33 Jahre alt sind.

1.1.4 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung
Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, ist sie nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie
- bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert ist und
- sich entweder in der Ausbildung zum Arzt oder in der Weiterbildung zum Facharzt befindet.

Bei Wegfall einer nach Satz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt.

(2) Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung
Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, ist sie nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange
- für sie eine substitutive Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht und
- sie sich in der Ausbildung zum Arzt befindet.

Bei Wegfall einer nach Satz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt, soweit keine daran anschließende Weiterbildung zum Facharzt erfolgt.

(3) Informationspflicht bei Wegfall der erforderlichen Eigenschaft
Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn die →versicherte Person nicht mehr die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit (siehe Absätze 1 und 2) vollständig erfüllt.

1.1.5 Für welche Dauer eines Auslandsaufenthalts bieten wir Versicherungsschutz?

(1) Erste 8 Wochen eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts (Grundsatz)
Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 8 Wochen eines vorübergehenden Aufenthalts der →versicherten Person außerhalb von Deutschland (vorübergehender Auslandsaufenthalt).

(2) Verlängerter Versicherungsschutz bei einer Aus- oder Weiterbildung im Ausland
Der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten kann mit uns auch für die Dauer
- einer Ausbildung der →versicherten Person im Ausland zum Arzt oder
- einer Weiterbildung der versicherten Person im Ausland zum Facharzt

vereinbart werden. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz jedoch maximal für 12 Monate.

Sie müssen ab dem Ersten des Monats, der auf den Beginn der Aus- oder Weiterbildung der versicherten Person im Ausland folgt, einen Beitragszuschlag von monatlich 10,43 Euro zahlen.

Sie müssen diesen Beitragszuschlag bis zum Ende des Monats zahlen, in dem die Ausbildung der versicherten Person zum Arzt

oder die Weiterbildung der versicherten Person zum Facharzt beendet wird.

1.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
1.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
1.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
1.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?
1.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?
1.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte und Überführung?

1.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

1.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(2) Auswahl von Krankenhäusern
Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

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

Wenn das Krankenhaus jedoch auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt, ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen.

1.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung.

Aufwendungen für ortsübliche Kosten für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 1.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

1.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

1.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ortsübliche Kosten für

- schmerzstillende Zahnbehandlung,
- notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie
- Reparaturen von Prothesen.

Aufwendungen für ortsübliche Kosten für Arzneimittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 1.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Sie müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

1.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte und Überführung?

(1) Rücktransport
Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

- an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Hierbei muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

(2) Überführung bei Tod im Ausland
Wenn die →versicherte Person im Ausland stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

1.3 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
1.3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
1.3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
1.3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?
1.3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
1.3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

1.3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

1.3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen
Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.3.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen
Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise
Nachweise im Sinne von Ziffer 1.3.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch
Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

1.3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:
- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

1.3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

1.3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

Wenn eine Heilbehandlung bevorsteht, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, gilt Folgendes:

(1) Ihr Recht auf schriftliche Auskunft
Sie erhalten von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.

Sie können die Auskunft vor Beginn der Behandlung verlangen. Wir geben Ihnen diese in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) und begründen sie. Wenn wir zu der Behandlung einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen erhalten haben, gehen wir in unserer Auskunft auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens nach 4 Wochen. Wenn die Heilbehandlung aber dringend durchgeführt werden muss, geben wir Ihnen die Auskunft unverzüglich - jedoch spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen jeweils, sobald Ihre Anfrage bei uns eingegangen ist.

(2) Unser Fristversäumnis
Wir setzen alles daran, Ihnen die Auskunft innerhalb der Fristen nach Absatz 1 zu geben. Wenn uns das einmal nicht gelingt und wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir beweisen, dass die Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist.

1.3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)
Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung prüfen.

(2) Berechtigte Personen
Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:
- der →versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung
Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

1.4 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:
1.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?
1.4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

1.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

e) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

h) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn dort während eines vorübergehenden Aufenthalts eine Heilbehandlung
- wegen einer Erkrankung, die unabhängig vom Aufenthaltszweck ist, oder
- wegen eines dort eingetretenen Unfalls

notwendig wird.

j) für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie Hypnose und Psychotherapie.

k) für Zahnersatz einschließlich Kronen.

l) für kieferorthopädische Behandlungen.

m) für Hilfsmittel.

n) für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

o) bei Reisen in Deutschland.

1.4.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

1.5 Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten

Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

1.6 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht
Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall
- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs
Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

2. Vereinbarte Option

Neben dem Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten beinhaltet dieser Tarif eine Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung für die →versicherte Person nach den folgenden Regelungen:

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 **Welche Option ist vereinbart?**
2.2 **Welche Voraussetzungen gelten zur Ausübung der Option?**
2.3 **Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen?**
2.4 **Was muss die versicherte Person bei der Ausübung der Option beachten?**
2.5 **Was gilt, wenn der Antrag fristgerecht gestellt worden ist?**
2.6 **Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?**

2.1 Welche Option ist vereinbart?

Die →versicherte Person hat das Recht, im Rahmen einer →substitutiven Krankenversicherung bei uns Tarife
- der Krankheitskosten-Versicherung und
- der Krankentagegeld-Versicherung

nach den folgenden Regelungen abzuschließen.

2.2 Welche Voraussetzungen gelten zur Ausübung der Option?

(1) Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherung
Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, setzt die Ausübung der Option voraus, dass für die versicherte Person
- die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder
- der Anspruch auf Familienversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB)

weggefallen ist.

(2) Weiterbildung zum Facharzt
Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, setzt die Ausübung der Option voraus, dass die versicherte Person eine Weiterbildung zum Facharzt begonnen hat.

2.3 Zwischen welchen Tarifen kann die versicherte Person wählen?

Die Option nach Ziffer 2.1 erstreckt sich nur auf Tarife,
- die für den Neuzugang geöffnet sind und
- bei denen die →versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt.

(1) Besonderheiten bei Krankheitskosten-Tarifen
Es können nur Tarife der Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen werden, bei denen Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ist, dass die →versicherte Person Arzt oder Familienangehöriger eines Arztes ist.

(2) Besonderheiten bei Krankentagegeld-Tarifen
Es können nur Tarife der Krankentagegeld-Versicherung abgeschlossen werden, bei denen Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ist, dass die →versicherte Person zumindest Arzt oder Familienangehöriger eines Arztes ist.

2.4 Was muss die versicherte Person bei der Ausübung der Option beachten?

(1) Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung
Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, muss sie die Umstellung des Versicherungsschutzes innerhalb von 6 Monaten beantragen, nachdem
- die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder
- der Anspruch auf Familienversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB)

weggefallen ist.

Wenn sie die Option nicht innerhalb dieser Frist ausübt, verfällt der Anspruch auf Ausübung des Optionsrechts.

(2) Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung
Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, muss sie die Umstellung des Versicherungsschutzes innerhalb von 6 Monaten beantragen, nachdem sie die Weiterbildung zum Facharzt begonnen hat.

Wenn sie die Option nicht innerhalb dieser Frist ausübt, verfällt der Anspruch auf Ausübung des Optionsrechts.

2.5 Was gilt, wenn der Antrag fristgerecht gestellt worden ist?

Wenn die →versicherte Person die Option fristgerecht nach Ziffer 2.4 ausübt, gilt Folgendes:

(1) Antragsannahme nach Bonitätsprüfung
Wir nehmen den Antrag auf Abschluss der nach Ziffer 2.3 abschließbaren Tarife an, wenn dies nach unseren Grundsätzen für die Bonitätsprüfung möglich ist.

Um dies festzustellen, sind wir berechtigt, bei Eingang des Antrags nach Ziffer 2.4 die Bonität der zu versichernden Person nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgeblichen Grundsätzen in der jeweils aktuellen Fassung zu prüfen.

Maßgeblich sind die Grundsätze, nach denen wir die Bonität eines Antragstellers im Zusammenhang mit dem Abschluss einer →substitutiven Krankenversicherung prüfen.

(2) Versicherungsschutz für Vorerkrankungen und Wehrdienstbeschädigungen
Wir beziehen angezeigte Vorerkrankungen und angezeigte Wehrdienstbeschädigungen in den Versicherungsschutz nach den für die →versicherte Person über die Option nach Ziffern 2.1 bis 2.4 und Absatz 1 abgeschlossenen Tarifen ein, wenn sie im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig sind.

Wenn eine angezeigte Vorerkrankung oder eine angezeigte Wehrdienstbeschädigung im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns nach medizinischem Befund noch behandlungsbedürftig ist, ist sie vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Wir beziehen sie auf Antrag der versicherten Person in den Versicherungsschutz ein, wenn die versicherte Person wegen dieser Erkrankung oder dieser Wehrdienstbeschädigung einschließlich ihrer Folgen nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Die Einbeziehung erfolgt nicht rückwirkend.

Wenn in den Fällen der Sätze 1 und 3 ein erhöhtes Risiko vorliegt, sind wir berechtigt, die Einbeziehung nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen von der Vereinbarung eines angemessenen Risikozuschlags abhängig zu machen.

2.6 Nach welchem Alter bemisst sich der Beitrag für die Krankenversicherungstarife nach der Umstellung?

Nach Umstellung des Versicherungsschutzes muss für den bei uns abgeschlossenen
- Krankheitskosten-Tarif und
- Krankentagegeld-Tarif

jeweils der Beitrag der Altersgruppe gezahlt werden, die die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung erreicht hat.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit Ihrer Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung
Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und § 194 Absatz 1 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte
Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung
Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute →Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Formerfordernisse
Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
2.2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.3 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
2.4 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein. Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

2.2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren
Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

(5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug
Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(6) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.3 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.2 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit
Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.4 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.2 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn
- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf
Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen
Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

3. Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 **Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?**
3.2 **Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
3.3 **Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften
Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung
Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Unverzügliche Geltendmachung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen
Sie müssen den Anspruch auf Versicherungsleistungen unverzüglich geltend machen.

3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

3.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten

müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

4. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen
Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen
Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Abweichend von Ziffer 3.2 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:
Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen
Wenn Sie an einen Leistungserbringer
- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person
Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →versicherten Person zustehen.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.3 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Anteilige Beitragszahlung

In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Todesfall
Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Vorzeitige Vertragsbeendigung
Wenn ein Tarif vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(3) Berechnung des Tagesbeitrags
Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

3. Ende des Vertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

3.1 **Welche Vertragsdauer ist vereinbart?**
3.2 **Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?**
3.3 **Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?**
3.4 **Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?**
3.5 **Wann endet der Vertrag im Todesfall?**
3.6 **In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?**
3.7 **In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?**
3.8 **Wann endet der Versicherungsschutz?**

3.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer
Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht nach Ziffern 3.3 oder 3.4 gekündigt wird und der Vertrag nicht wegen Ablaufs der Höchstversicherungsdauer (siehe Absatz 2) endet.

(2) Höchstversicherungsdauer

a) Grundsatz
Der Tarif endet für die →versicherte Person mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 4 Versicherungsjahren. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

b) Verlängerungsmöglichkeit
Sie können verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Verlängerung der Höchstversicherungsdauer für die →versicherte Person annehmen. Die Verlängerung ist jeweils auf eine weitere Höchstversicherungsdauer von 4 Versicherungsjahren befristet.

Sie müssen für die versicherte Person jeweils den zu Beginn der Verlängerung für ihre Altersgruppe gültigen Beitrag dieses Tarifs zahlen.

3.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

3.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Jede Kündigungserklärung nach Absatz 2 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 3 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung
Sie können den Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 3.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Anspruch auf Aufhebung
Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegan-

gen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

3.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

3.5 Wann endet der Vertrag im Todesfall?

Der Vertrag endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person endet der für sie abgeschlossene Tarif mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

3.6 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, endet er auch vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach Ziffer 3.1 Absatz 2 außerdem nach folgenden Regelungen:

(1) Höchstalter
Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie 34 Jahre alt wird.

(2) Unterbrechung der Ausbildung zum Arzt oder Weiterbildung zum Facharzt
Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie ihre Ausbildung zum Arzt oder ihre Weiterbildung zum Facharzt mehr als 6 Monate unterbricht.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn die versicherte Person ihre Ausbildung zum Arzt oder ihre Weiterbildung zum Facharzt mehr als 6 Monate unterbricht.

(3) Ende der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Familienversicherung
Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem für sie die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Familienversicherung endet.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn für die versicherte Person die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Familienversicherung endet.

(4) Ausübung der Option
Der Tarif endet zum Ende des Monats, in dem für die →versicherte Person die vereinbarte Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung (siehe Teil A Ziffer 2) ausgeübt worden ist.

3.7 In welchen Fällen endet der Vertrag außerdem, wenn der Tarif als Zusatzversicherung zur privaten Krankenversicherung abgeschlossen worden ist?

Wenn dieser Tarif für die →versicherte Person zusätzlich zur →substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, endet er auch vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach Ziffer 3.1 Absatz 2 außerdem nach folgenden Regelungen:

(1) Höchstalter
Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie 34 Jahre alt wird.

(2) Unterbrechung der Ausbildung zum Arzt
Der Tarif endet für die →versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie ihre Ausbildung zum Arzt mehr als 6 Monate unterbricht.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, wenn die versicherte Person ihre Ausbildung zum Arzt mehr als 6 Monate unterbricht.

(3) Weiterbildung zum Facharzt
Der Tarif endet für die →versicherte Person 6 Monate, nachdem sie eine Weiterbildung zum Facharzt begonnen hat.

Sie müssen uns innerhalb von 2 Monaten informieren, nachdem die Weiterbildung der versicherten Person zum Facharzt länger als 6 Monate andauert.

(4) Ausübung der Option
Der Tarif endet zum Ende des Monats, in dem für die →versicherte Person die vereinbarte Option zum Abschluss einer →substitutiven Krankheitskosten- und Krankentagegeld-Versicherung (siehe Teil A Ziffer 2) ausgeübt worden ist.

3.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle -
- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.
- mit Ablauf der ersten 8 Wochen des jeweiligen vorübergehenden Auslandsaufenthalts.

Wenn es medizinisch notwendig ist, die versicherte Person über den vereinbarten Zeitraum medizinisch zu behandeln und eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, aber längstens für 4 weitere Wochen.

4. Fortsetzung des Vertrags und Recht auf Weiterversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 **Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?**
4.2 **Welches besondere Recht hat die versicherte Person zur Weiterversicherung in der Reise-Krankenversicherung?**

4.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Vertrag fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung
Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(2) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Tarif aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossene Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(3) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs
Wenn wir den Tarif für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3), soweit sie von der Kündigung erfasst ist, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren.

4.2 Welches besondere Recht hat die versicherte Person zur Weiterversicherung in der Reise-Krankenversicherung?

Wenn der Tarif für die →versicherte Person nach Teil A Ziffer 1.1.4 oder nach Ziffern 3.6 oder 3.7 endet, hat sie das Recht, von uns die Weiterversicherung in einem Tarif der Reise-Krankenversicherung zu verlangen. Dies setzt voraus, dass

- die versicherte Person nach den Tarifbedingungen der Reise-Krankenversicherung versicherungsfähig ist und
- der Tarif der Reise-Krankenversicherung für den Neuzugang geöffnet ist.

5. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

6. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen
Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz
Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland
Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

7. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung
Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

8. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

9. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung Ärzte (PRO3) verwenden.

Alterungsrückstellung.
Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung. Bei anderen Krankenversicherungen ist das aber von Gesetzes wegen der Fall. Bei diesen Versicherungen werden die Beiträge in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Mindestversicherungsdauer.
Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.
Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Risikoprüfung.
Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Schriftform.
Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.
Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.
Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

substitutiv.
Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

versicherte Person.
Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.
Eine personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.
Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.