

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Kranken PLUS

A Allgemeiner Teil

– gültig für die in Teil B genannten Versicherungen

§ 1 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Gegenstand des Versicherungsschutzes sind die Auslandsreise-Krankenversicherung (Teil B I) sowie die Notfallversicherung (Teil B II).
- (2) Die Auslandsreise-Krankenversicherung, deren Leistungen von der HUK-COBURG- Krankenversicherung AG erbracht werden, bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und im Todesfall. Sie gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen (s. Teil B I, § 2).
- (3) Die Notfallversicherung, deren Leistungen die HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG erbringt, hilft in bestimmten Notfällen, die einer versicherten Person während der Reise zustoßen (s. Teil B II, § 2).
- (4) Im Übrigen ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes aus der Durchschrift des Antragsvordrucks (bei online-Anträgen aus der Versicherungsbestätigung), besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den in Deutschland gültigen gesetzlichen Vorschriften.
- (5) Die Durchschrift des Antragsvordrucks entspricht insoweit dem Versicherungsschein.

§ 2 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit für Versicherungsfälle, die während der versicherten Reise außerhalb Deutschlands (Ausland) eintreten.

§ 3 Versicherte Personen

- (1) Versicherbar sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- (2) Versichert sind im Familientarif der Versicherungsnehmer sowie der im Antrag namentlich benannte Ehegatte oder Lebenspartner und deren unverheiratete, noch in Ausbildung befindliche Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Voraussetzung für die Mitversicherung ist das Zusammenleben aller versicherten Personen in häuslicher Gemeinschaft.
- (3) Mitversicherte Kinder sind bei Antragstellung anzuzeigen. Bei Neugeborenen muss die Nachmeldung spätestens 2 Monate nach Geburt dem Versicherer gegenüber in schriftlicher Form erfolgen.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt ab dem beantragten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Annahme des Versicherungsantrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer des Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 42 Tagen nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Leistungspflicht nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes.
- Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.
- (4) Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 5 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres

mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Antragsvordruck bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.

(3) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Antrages zustande.

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

(5) Der Versicherungsvertrag endet mit der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers in Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Für den Fall der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in Deutschland endet insoweit der Versicherungsschutz.

§ 6 Beiträge

- (1) Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Der Erstbeitrag wird mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig und wird ebenso wie die Folgebeiträge von dem im Antrag angegebenen Girokonto eingezogen.
- (2) Der Beitrag erhöht sich für jede versicherte Person nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet, um den im Antrag genannten Zuschlag.
- (3) Der Beitrag für bestehende Versicherungsverträge kann mit Wirkung vom Beginn des folgenden Versicherungsjahres an geändert werden. Dabei darf der geänderte Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge den Beitragssatz für Neuverträge nicht übersteigen.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem eine Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Die Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer gleichzeitig über sein Kündigungsrecht schriftlich belehrt worden ist.

§ 7 Obliegenheiten

- (1) Die versicherte Person hat alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat sämtliche Belege im Original spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen.
- (3) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person auch verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Hierzu ist der Versicherer zu ermächtigen, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende und beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf der Versicherer Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- (5) Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Pflichtverletzung keinen Einfluss auf die Feststellung des Schadenfalles oder auf den Umfang der uns obliegenden Leistung hatte. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Personen stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (6) Ist dem Versicherer aufgrund einer Obliegenheitsverletzung eine Abrechnung mit dem Krankenversicherer oder Dritten nicht möglich, ist er berechtigt, von der versicherten Person die verauslagten Beiträge binnen eines Monats in einer Summe zurückzufordern.

§ 8 Leistungsfreiheit des Versicherers

Der Versicherer ist von der Entschädigungspflicht frei, wenn

1. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat;
2. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Ursachen zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

§ 9 Zahlung der Entschädigung

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

(2) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme einer Überweisung auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 10 Forderungsansprüche gegen Dritte

(1) Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadensfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG oder der HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG, werden diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

(2) Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 11 Aufrechnung

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

§ 12 Kündigung im Schadensfall

(1) Nach Eintritt eines Versicherungsfalles können beide Parteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären. Sie muss spätestens einen Monat nach dem Abschluss des Schadenfalles zugehen. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten; seine Kündigung wird in keinem Falle vor Beendigung der laufenden Reise wirksam. Kündigt der Versicherungsnehmer, so kann er bestimmen, dass seine Kündigung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, jedoch spätestens zum Abschluss der laufenden Versicherungsperiode.

(2) Hat der Versicherer gekündigt, so ist er verpflichtet, für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit den entsprechenden Anteil der Prämie zu vergüten.

§ 13 Willenserklärungen und Bedingungsänderungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 14 Gerichtsstand und Beschwerdestelle

(1) Für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für das jeweilige Versicherungsverhältnis zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

(2) Zuständige Aufsichtsbehörde für Beschwerden über den Versicherer ist das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Es besteht auch die Möglichkeit sich an den PKV-Ombudsmann, Leipziger Str. 104, 10117 Berlin zu wenden.

§ 3 Besonderer Teil zu den einzelnen Versicherungen

I. Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif RN (für Single)

Tarif RNF (Familientarif)

§ 1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, deren Verschlechterung oder wegen akuter Folgen eines Unfalls.

Jede Heilbehandlung oder Unfallfolge, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, ist ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch vor Reiseantritt nicht voraussehende regelwidrige Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten oder Notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche. Für die im vorigen Satz genannten **Versicherungsfälle** wird jedoch nicht geleistet, sofern sie **nach der 36. Schwangerschaftswoche eintreten**, es sei denn, der darüber hinausgehende Auslandsaufenthalt wurde durch einen vorherigen Eintritt eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen notwendig. Für entsprechende, **zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche eintretende Versicherungsfälle** werden Versicherungsleistungen nur dann gewährt, wenn uns eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, aus der hervorgeht, dass der Antritt der Reise und deren Dauer aus ärztlicher Sicht unbedenklich gewesen war. Nach der Entbindung ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert, soweit die Kosten der Entbindung tarifgemäß erstattet werden.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

§ 2 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach Methoden arbeiten, die in Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind und Krankengeschichten führen.

(4) Der Versicherer kommt im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel auf, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, soweit für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Eine Herabsetzung der Leistung im letzteren Fall darf jedoch nicht dazu führen, dass weniger erstattet wird als bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel zu erstatten wäre.

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für

a) ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik

b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden

c) Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten.

d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt

e) notwendigen Transport zur erforderlichen akuten Erstversorgung zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von der Erstversorgungseinrichtung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus im jeweiligen Land.

f) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie.

(5) Außerdem übernehmen wir die Kosten für

a) den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.

Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notrufservice an. Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde.

b) die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 6.000 € Versicherungsleistung

c) die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

(6) Die Aufwendungen in den Absätzen 4 und 5 werden mit 100 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge erstattet.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

a) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war

b) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde

c) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind

d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen

e) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie

f) Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie

g) sonstige Hilfsmittel

h) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen

i) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird

j) Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden erstattet

k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

l) Behandlungen und Rücktransporte wegen der im Allgemeinen Teil § 1 (2) und der im Besonderen Teil I. § 1 genannten Ereignisse, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnosen bereits vor Reiseantritt absehbar war, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Ein Anspruch gegenüber einer privaten Krankenkostenvollversicherung ist ausgeschlossen.

§ 4 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise – dazu gehören auch Zahlungsnachweise (Bankbelege, Kreditkartenbelege etc.) und Reisezeitraumbestätigungen – erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z. B. den in § 3 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Leistungen vermerkt hat.

(2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittierungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 3 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(4) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt.

II. Notfallversicherung

§ 1 Beschreibung des Versicherungsschutzes

Die HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG (nachfolgend Versicherer genannt) organisiert durch ihren 24-Std.-Notrufservice Hilfe bzw. leistet Entschädigung für die in § 2 genannten Notfälle, die einer versicherten Person während einer Reise im Ausland zustoßen. Voraussetzung für die Erbringung der Hilfe ist, dass die versicherte Person oder ein von ihr Beauftragter bei Eintritt des Versicherungsfalles sich umgehend mit dem Versicherer telefonisch oder in sonstiger Weise in Verbindung setzt. Ersatz der versicherten Kosten wird unabhängig davon geleistet. Der Versicherer kann allerdings die aufgrund der unterbliebenen Benachrichtigung und Abstimmung entstandenen Mehrkosten abziehen.

§ 2 Leistungen

(1) Ambulante Behandlung

Der Versicherer informiert auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im Ausland. Soweit möglich, benennt der Versicherer einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.

(2) Krankenhausaufenthalt

Wird eine versicherte Person wegen einer Krankheit oder der Folgen eines Unfalls in einem Krankenhaus stationär behandelt, erbringt der Versicherer die nachstehenden Leistungen:

a) Betreuungsleistungen

Der Versicherer stellt - soweit erforderlich - über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthaltes sorgt er für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.

b) Kostenübernahmegarantie/Abrechnung

Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie bis zu 15.000 € ab und übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind.

Soweit die von dem Versicherer verauslagten Beträge nicht von Kostenträgern übernommen werden, sind sie von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungstellung an den Versicherer zurückzuerstatten.

c) Krankenbesuch

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 10 Tage, organisiert der Versicherer die Reise einer der versicherten Person nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort. Der Versicherer übernimmt die Kosten für das Beförderungsmittel.

3) HeimholSERVICE

a) Rückholung von Kindern

Können mitreisende Kinder unter 16 Jahren (behinderte Kinder altersunabhängig) auf einer Auslandsreise infolge Tod oder Erkrankung weder von der versicherten Person noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgt der Versicherer für deren Abholung und Rückreise mit einer Begleitperson zum ständigen Wohnsitz und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.

b) Heimtransport/Weiterversorgung von Haustieren

Können aus dem gleichen Grund mitreisende Haustiere von der versicherten Person oder einem anderen Mitreisenden nicht mehr versorgt werden, organisiert der Versicherer den Heimtransport der Tiere an den Wohnsitz und trägt die dadurch entstehenden Kosten.

Kann das Tier nach dem Transport nicht sofort weiterversorgt werden, sorgt der Versicherer für die weitere Unterbringung und Versorgung des Tieres. Der Versicherer übernimmt die dadurch entstehenden Kosten jedoch höchstens für zwei Wochen.

(4) Arzneimittel-/Ersatzbrillenversand

a) Arzneimittelversand

Benötigt eine versicherte Person wichtige Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhandengekommen sind, organisiert der Versicherer die Ersatzpräparate und deren Übersendung. Die Kosten der Ersatzpräparate selbst müssen jedoch binnen eines Monats nach Reiseende an den Versicherer zurückerstattet werden.

b) Ersatzbrillenversand

Hat die versicherte Person auf einer Reise im Ausland ihre Brille oder Kontaktlinsen verloren, sorgt der Versicherer in Abstimmung mit einer ihr nahe stehenden Person für die Beschaffung und Zusendung einer Ersatzbrille oder Ersatzkontaktlinsen und übernimmt hierbei die entstehenden Versandkosten, nicht aber die Kosten für die Ersatzbrille oder die Ersatzkontaktlinsen selbst.

(5) Verlust von Reisezahlungsmitteln/Sperrung von Kreditkarten

Verlust von Reisezahlungsmitteln

a) Gerät die versicherte Person aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen der Reisezahlungsmittel in eine finanzielle Notlage, so stellt der Versicherer den Kontakt zur Hausbank der versicherten Person her. Soweit erforderlich, hilft der Versicherer bei der Übermittlung des von der Hausbank zur Verfügung gestellten Betrags.

Ist die Kontaktaufnahme zur Hausbank nicht binnen 24 Stunden möglich, stellt der Versicherer ein zinsloses Darlehen bis zu 2.000 € zur Verfügung. Dieser Betrag ist binnen eines Monats nach Ende der Reise an den Versicherer zurückzuzahlen.

Hilfe bei der Sperrung von Kreditkarten

b) Bei Verlust von Kreditkarten oder Eurocheque-Karten hilft der Versicherer der versicherten Person bei der Sperrung der Karten. Der Versicherer haftet jedoch nicht für den ordnungsgemäßen Vollzug der Sperrung und die trotz der Sperrung entstehenden Vermögensschäden.

(6) Verlust von Reisedokumenten

Bei Verlust von Reisedokumenten aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen ist der Versicherer bei der Ersatzbeschaffung behilflich und übernimmt bei Ausweispapieren die amtlichen Gebühren für die Ausstellung.

(7) Strafverfolgungsmaßnahmen

Wird die versicherte Person verhaftet oder mit Haft bedroht, so ist der Versicherer bei der Beschaffung eines Anwalts und eines Dolmetschers behilflich.

In diesem Zusammenhang anfallende Gerichts-, Anwalts- und Dolmetscherkosten werden bis zu einem Gegenwert von 5.000 €

verauslagt. Zusätzlich verauslagt der Versicherer die von Behörden evtl. verlangte Strafkautions bis zu einem Gegenwert von 15.000 €.

Die versicherte Person hat die verauslagten Beträge unverzüglich nach Erstattung durch die Behörde oder das Gericht, spätestens jedoch innerhalb von 3 Monaten an den Versicherer zurückzuzahlen.

(8) Such-, Rettungs- und Bergungskosten

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und muss deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu 5.000 €.

(9) Benachrichtigungsservice

Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine schwerwiegende Notlage (z. B. Erkrankung, Verhaftung, Unfall), übermittelt der Versicherer auf Wunsch Nachrichten an die der versicherten Person nahe stehende Personen und übernimmt die dadurch entstehenden Übermittlungskosten.

(10) Hilfe bei Sprachproblemen/Dolmetscherservice

Benötigt die versicherte Person auf einer Reise aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, eines Todesfalls oder Schwierigkeiten mit Behörden eine Übersetzungshilfe, so ist der Versicherer über seinen 24-Std.-Notrufservice bei den Gesprächen behilflich.

Soweit erforderlich, ist der Versicherer auch bei der Vermittlung eines amtlich anerkannten Dolmetschers vor Ort behilflich. Die hierdurch entstehenden Kosten werden bis zu 500 € übernommen.

(11) Kostenerstattung bei Reiseabbruch

Ist der versicherten Person die planmäßige Beendigung einer Auslandsreise infolge Todes oder schwerer Erkrankung eines Mitreisenden oder eines nahen Verwandten bzw. wegen einer erheblichen Schädigung des Vermögens der versicherten Person nicht oder nur zu einem anderen als dem ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt zuzumuten, sorgt der Versicherer für die Rückreise der versicherten Person. Hierbei werden die gegenüber der ursprünglich vorgesehenen Rückreise entstehenden höheren Fahrtkosten bis zu 3.000 € je Schadenfall übernommen.

(12) Hilfeleistung in Notlagen

Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine besondere Notlage, die in den anderen Bestimmungen des § 2 nicht geregelt ist und zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für die Gesundheit oder das Vermögen der versicherten Person zu vermeiden, veranlasst der Versicherer die erforderlichen Maßnahmen und übernimmt die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 500 € je Schadenfall.

Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten erstattet der Versicherer nicht.

§ 3 **Risikoausschlüsse**

Versicherungsschutz wird nicht gewährt,

(1) für Schäden, die durch Aufruhr, Terror, innere Unruhen, Kriegereignisse, Kernenergie*, Verfügungen von hoher Hand oder Erdbeben unmittelbar oder mittelbar verursacht worden sind. Wird die versicherte Person von einem dieser Ereignisse überrascht, besteht Versicherungsschutz innerhalb der ersten 14 Tage seit erstmaligem Ausbrechen, soweit dem Versicherer eine Leistung möglich ist.

(2) wenn der Versicherungsfall für die versicherte Person mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar war.

* Der Ersatz dieser Schäden richtet sich ausschließlich nach dem Atomgesetz.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Kranken PLUS Abweichendes bestimmt ist (§ 4 Abs. 4), gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

§ 6 Obliegenheitsverletzung

Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefährdung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Der Versicherer kann nach dem Ablaufe der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkte mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 40 Leistungspflicht trotz Aufhebung der Versicherung

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefährdung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefährdung oder von dem Anfechtungsgrunde Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen ein bestimmter Betrag für die Geschäftsgebühr festgesetzt, so gilt dieser als angemessen.

Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteile des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

gemäß Vorgabe der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich die Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannten Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie im 1. Absatz beschrieben, erfolgen. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegt, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtenbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtenbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite und Bausparen) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

HUK-COBURG

**Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse
kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg**

HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG

HUK-COBURG-Bausparkasse AG

HUK24 AG

HUK-COBURG-Assistance GmbH

6. Betreuung durch Vertrauensleute und Agenturen

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch unsere Vertrauensleute betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen beraten.

Um diese Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vertrauensleute zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an die zuständige Vertrauensperson auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vertrauensleute verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder unserer Vertrauensleute ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Die Regelungen dieses Abschnitts gelten sinngemäß auch für die Zusammenarbeit mit den für unsere Unternehmen vermittelnden Kooperationspartnern.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.